

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

性別  
W・M

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
小・中・高 ( 学年) (保険加入に必要です)

S・H

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

※下記の質問にお答えください (クリニックで参考にします)

① 泳力 500m以上連続で泳げる 平泳ぎ・クロール

活動の程度 週 日 m

② OWS 経験

有 km 参考時間

初めて

参加動機

◎ 貴田さんへの質問事項等

ありがとうございました。