

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)

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。