

ふりがな _____ 性 別
氏 名 _____ W・M
S・H
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

③ 検定 受験する ・ 受験しない

OWS検定5級を受験する場合、
クリニック受講料とは別に認定証発行料500円が必要です。

◎ 貴田さんへの質問事項等

ありがとうございました。