

～理学療法士によるメディカルヨガ～

参加申込書

氏名			
年齢	歳	性別	男・女
住所			
連絡先 TEL	—	—	
緊急時連絡先 TEL	—	—	
生年月日	昭和・平成	年	月 日
運動歴	※あればご記入ください		
既往症	有(名称)・無		
ヨガマット貸出希望	希望する ※希望する場合は○をしてください。 数に限りがありますので、申込時にご相談ください。		
写真掲載承諾書 どちらかにチェックを入れてください。			
※当協会では、日々の活動や各種行事の様子を広く市民の皆様にご覧いただけるようホームページや広報誌等に掲載させていただいております。つきましては、本事業の様子を掲載させていただくことにご了承いただくと幸いです。			
<input type="checkbox"/> 写真掲載に承諾する <input type="checkbox"/> 写真掲載に承諾しない			
理学療法士によるヨガ教室に趣旨賛同し、参加しますが、 活動期間中の不測による事故・障害等の責任は主催者には一切問いません。			
令和 年 月 日 周南市体育協会会長 様			
氏名 _____ 印			

※申込書に記載された個人情報は、本事業実施の目的以外には、一切使用いたしません。