

お名前()
 お申込の際、皆様にお聞かせしております。下記の要項にお答え願います。
 ・短期教室でのご要望お聞かせ下さい。(例、クロールで50m泳げるようになりたい等)

下記の内容を現在どれくらいできますか？

・本スクールの7短期教室に参加したことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
	あるかたはどれくらい泳げましたか？	
・水中顔つけ	<input type="checkbox"/> できる	秒ぐらい <input type="checkbox"/> できない
・水中に顔をつけ息を止める	<input type="checkbox"/> できる	秒ぐらい <input type="checkbox"/> できない
・水中で目を開ける	<input type="checkbox"/> できる	秒ぐらい <input type="checkbox"/> できない
・浮き身	<input type="checkbox"/> できる	秒ぐらい <input type="checkbox"/> できない
・バタ足	<input type="checkbox"/> 泳げる	m <input type="checkbox"/> 泳げない
・平泳ぎ(どんな型でも構いません)	<input type="checkbox"/> 泳げる	m <input type="checkbox"/> 泳げない
・クロール息継ぎなし(どんな型でも構いません)	<input type="checkbox"/> 泳げる	m <input type="checkbox"/> 泳げない
・クロール息継ぎあり(どんな型でも構いません)	<input type="checkbox"/> 泳げる	m <input type="checkbox"/> 泳げない
・背泳ぎ(どんな型でも構いません)	<input type="checkbox"/> 泳げる	m <input type="checkbox"/> 泳げない
・4バタフライ	<input type="checkbox"/> 泳げる	m <input type="checkbox"/> 泳げない

最近受けた健康診断	観察即位データ	
受信日 年 月 日	身長	cm
受験期間 医師名 学校検診、医療機関	体重	kg
その際、以上などの指摘を受けていませんか？ <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた 	視力	右 左
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 難
	血液型	

・下記の診断を受けたことがありますか？

おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	水疱瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	皮膚病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
眼病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	てんかん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	鼻の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他

・ご入会の動機をお聞かせ下さい(当てはまるものにチェックを付けて下さい)

水泳が好きだから
 水泳が苦手だから
 体力向上
 集団生活に慣れるため
 行動範囲を広げるため
 泳げるようになりたいから
 病気等でリハビリテーションのため(必ず申し出て下さい)
 水難事故防止
 その他の理由

・ご入会されたのは何を見てからですか？ 当てはまるものにチェックを付けて下さい

宅配チラシ
 新聞
 合同
 読売
 朝日
 その他
 情報誌広告
 ぶらざ
 もぐもぐ
 その他
 インターネット
 バスの看板を見て
 バスの看板を見て
 会員からの紹介で→
 会員以外からの紹介で