

お名前( )  
 お申込の際、皆様にお尋ねしております。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？

- ・本学校の7短期教室に参加したことがありますか  ない  ある
- あるかたはどれくらい泳げましたか？  m
- ・水中顔つけ  できる  秒ぐらい  できない
- ・水中に顔をつけ息を止める  できる  秒ぐらい  できない
- ・水中で目を開ける  できる  秒ぐらい  できない
- ・浮き身  できる  秒ぐらい  できない
- ・バタ足  泳げる  m  泳げない
- ・平泳ぎ  泳げる  m  泳げない
- ・背泳ぎ  泳げる  m  泳げない
- ・クロール  泳げる  m  泳げない
- ・バタフライ  泳げる  m  泳げない
- ・4種目泳げる  4種目とも泳ぐことができる

| 最近受けた健康診断   |     | 観察即位データ                     |                            |
|---|-----|-----------------------------|----------------------------|
| 受信日 令和 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？<br><input type="checkbox"/> 受けていない<br><input type="checkbox"/> 受けた <input type="text"/> | 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