夏季水泳教室申込書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |  |
| （ふりがな）保護者名 |  |
| 小学校名・義務教育学校名 |  | 学年 |  |
| 住　 所 | 〒茨城県桜川市 |
| 電話番号（保護者携帯電話番号） |  |
| メールアドレス |  |
| 　ご希望の受講回※**小学1～3年生のみ****選択してください。****（□にレ点を記入）** | □７月2９日（火）から８月１日（金）まで１０時１０分から１１時１０分まで□７月2９日（火）から8月１日（金）まで１１時３0分から１２時３０分まで□８月５日（火）から８日（金）まで１０時１０分から１１時１0分まで |
| 定員を超過した際は、抽選により受講者を決定します。ご兄弟やご友人等との受講を希望で、抽選の結果、共に受講できなくなった場合にキャンセルをされる方は、下記をご記入ください。 |
| 　抽選の結果、下記の者と共に受講ができない場合、受講をキャンセルします。（ふりがな）氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小学校名・義務教育学校名：　　　　　　　　　　　　　　学年：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |