幼児運動教室　申込書 兼領収証控

領収書№.

日時	令和２年　　月　　日（　　）　１６時　３０分　～　１７時　３０分		
フリガナ 受講者氏名		生年月日	平成　　年　　月　　日　　歳
フリガナ 保護者氏名		緊急連絡先	教室開催中連絡のつく方の連絡先をお願い致します。
受講者住所	静岡市　葵　区　・　駿河区　・　清水区 連絡先（　　）　　―		
健康状態 ※右記の項目にレ点して下さい。	本日の体温　□　平熱である □　発熱がある（　　℃）		金　５００円
	過去２週間以内に以下の事項に該当があればレ点してください。 □ 平熱を超える発熱があった。 □ 咳、喉の痛み等風邪の症状があった。 □ だるさ、息苦しさがあった。 □ 嗅覚、味覚の異常があった。 □ 体が重く感じる、疲れやすい等 □ 新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染症陽性者との濃厚接触があった。 □ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいた。 □ 過去 14 日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があった。		

上記太枠内と下記アンケートを記入してお持ち下さい。

【スポーツ教室アンケート】

中央体育館

この度は、各種スポーツ教室にご参加いただき、誠にありがとうございます。
このアンケートは、みなさまのご意見を参考に今後の教室運営に生かす大切な資料とさせていただきます。
ご協力の程よろしくお願いいたします。

以下の設問に対し、該当する番号を〇で囲んでください。また、「その他」の場合は、（　）内に内容を記入してください。

1　どこでこの教室を知りましたか。

①　施設内のチラシやポスター　　②　体育協会のホームページ　　③　SNS　　④　アットエス

⑤ ロコミ　　⑥ その他（　　）

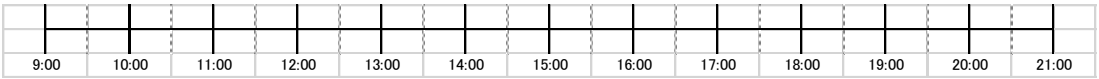
2　この教室に参加した目的は何ですか。

①　健康・体力づくり　　② ストレス解消・気分転換　　③ 趣味・特技の向上

④ 仲間づくり・交流　　⑤ その他（　　）

3　今後、参加してみたい教室はありますか？　ご都合の良い曜日や時間等ありましたら、ご記入ください。

希望する教室・内容　　（　　）

曜　　日　　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日

時　　間　　帯