2024年　　月　　日

（一社）鹿児島県水泳連盟　様

**飛込体験教室参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | 学年  　　　　　年 | 年齢  　　　　　　歳 |
| 学校名 | | |
| 保護者氏名 | 緊急連絡先 | |

**同　意　書**

(参加者名：　　　　　　　　　)を保護者の責任の下で飛込体験教室（期日：　　月　　日）に参加させることを承諾致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名　　　　　　　　　　　㊞