

# 参 加 承 諾 書

島根県柔道連盟柔道教室に参加することを承諾致します。また、柔道教室中に生じた傷害、事故等については、最善の処置をしていただければそれ以上の責任を問いませんので、よろしくお願いします。

平成 年 月 日

◆参加生徒氏名 \_\_\_\_\_ (性別: \_\_\_\_\_)

◆同 生年月日 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日 生まれ (満 歳)

◆学 年 \_\_\_\_\_ 年

◆所属学校名 \_\_\_\_\_ 中学校

◆保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

◆住 所 \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_

◆連 絡 先 (自宅)

◆緊急連絡先 No. 1 〈場所: \_\_\_\_\_〉 ( \_\_\_\_\_ ) — \_\_\_\_\_

No. 2 〈場所: \_\_\_\_\_〉 ( \_\_\_\_\_ ) — \_\_\_\_\_

◆連絡事項 (特に、健康状態等)