

# 参 加 承 諾 書

11月3日～4日に実施されます、平成25年度「全日本柔道連盟柔道教室」に参加することを承諾致します。また、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 教室名 \_\_\_\_\_

◆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)