

新入会（継続）申込書 兼 Medical Card

KSキッカーズLEONEに以下入会を申し込みます。

（注）継続申込の場合、変更箇所は**マーカー等により塗りつぶし・アンダーライン表示**をお願いします。）

負傷などを伴う事故に関する一切の責任は当方（保護者）が負います。

緊急事態の時、緊急連絡先において連絡不能の場合は、コーチの判断・指示にお任せ致します。その他、規約に従います。

| | | | |
|------------|---------|-------|---------|
| 申 込 日 | H 年 月 日 | 入 会 日 | H 年 月 日 |
| 申込者（保護者名） | | | (印) |
| 自宅固定電話番号 | — — | | |
| 緊急連絡先①(携帯) | — — | | (母・父) |
| 緊急連絡先②(携帯) | — — | | (母・父) |

| | | | |
|-------------------------|-------|------------------------|-------|
| 学 年 (継続の場合は新学年) | 年 | 眼鏡等 | 有 ・ 無 |
| フリガナ | | | 男 ・ 女 |
| 入会者氏名 | | | |
| 生年月日（西暦） | 年 月 日 | | |
| 住 所 | 〒 — | | |
| 既往症 | | | |
| 常用薬 | | | |
| アレルギー | | | |
| 特記事項 (指定病院等) | | | |
| 加入保険区分 (A1・AWどちらかに○) | A1: | 団体活動中とその往復中（基本加入区分） | |
| | AW: | A1に加え、個人活動・個人練習なども補償対象 | |