

新体カテスト申込書

1. 個人情報については、原則第三者へ公開しませんが、感染症対策等のために保健所等関係機関へ提出する場合があります。
2. 体カテスト中の事故については、応急処置及び高知県スポーツ課が加入するレクリエーション保険の適用する範囲のみの対応とします。
3. 本テストは統計法に基づく国の統計調査です。テスト結果は国に提出いたします。

上記の事項に同意して申込みます。

令和 8 年 月 日

氏名 _____

年齢 _____ 歳 ※令和 8 年 4 月 1 日時点での年齢を記入してください。

住所 〒 _____

参加希望日・時間 令和8年9月2日(水) 午前 ・ 午後

令和8年9月8日(火) 午前 ・ 午後

※希望される日時に○を記入してください。

申込期限 令和 8年8月14日(金)午後5時必着

申込先

〒785-0162 高知県須崎市浦ノ内東分2688 NPO 法人すさきスポーツクラブ 担当 川原・岡崎右 TEL:0889-49-0200 FAX:0889-49-0231
--