

Membership Application

鎌倉練武館道場

% 鎌倉武道館 市山崎 616-6



Name:

氏名 _____ ローマ字 _____

Sex: (M男) (F女)

D.O.B.: _____(Y年)____(M月)____(D日)
生年月日

Age: _____
年

入会金 5500円
追加の家族1100円/人
月謝(2ヶ月分) 9900円
スポーツ保険 9900円

Address: (〒 _____)
住所

School:
幼稚園・学校名

Telephone:
電話番号

Email:

Emergency Contact Name:
緊急連絡先

Telephone:
電話番号

Previous Martial Arts Experience:
武道履歴

Do you suffer from any medical conditions that may affect your training?

トレーニングを妨げる病状をお持ちですか。

Asthma
喘息

High/Low Blood Pressure
高・低血圧

Diabetes
糖尿病

Depression
うつ病

ADD/ADHD
注意欠陥障害
多動性障害

Others (_____)
その他

※入門者は自動的にスポーツ安全保険に加入されます。
有効期限は4月1日より翌年3月末日までとなっております。

(大人: 1850円・子供: 800円)
スポーツ安全保険協会

What is motivating you to undertake martial arts training?

武道トレーニングをはじめめる目的は何ですか。

LINE GROUP

INSTAGRAM



How did you hear about Renbukan?

練武館をどのように知りましたか。

Applicant / Guardian Signature

署名

_____ (印)

20.....(Y年).....(M月).....(D日)

Agreement, Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability
武道は時には怪我等をしてしまうスポーツであることをご了承ください。会員の稽古中及びその往復の事故・怪我については、スポーツ保険に加入するなど個人で負担頂き、練武館は(その先生方と仲間を含む)責任を負いません。また、会員の同伴者の事故などが発生した時は、それが練武館の責任の範疇にない場合は、会員または同伴者に責任を負っていただく場合があります。すべての怪我、事故に関しては館長に速やかな報告、治療をお願いします。