

## 令和7年度 鏡野町B&G海洋センター水泳教室受講生募集要項

受講受付期間 令和 7年 3月 6日(木)～3月 8日(土) 9:00～17:00

※ 申込は、一人1コースのみで、町内の方を優先に受け付けます。

※ 定員を超えた場合は抽選させていただきます。

※ 申込用紙は3月より、鏡野町文化スポーツセンター・鏡野町B&G海洋センターに準備しております。

※ 受講料の納付については、受講決定後通知しますので、申し込みの際は不要です。

受付場所 鏡野町文化スポーツセンター

コース	実施回数	受講料	実施曜日	内容・対象	定員
幼児コース	65回 4月～3月	30,600円	水・金曜日 16:40～17:30	水慣れ・水遊び 対象:4歳児(年少)	4名程度
初心者Aコース			水・金曜日 17:30～18:20	水慣れ・水遊び 対象:5歳児(年中)	5名程度
初心者Bコース			火・木曜日 17:00～17:50	水慣れ・水遊び 対象:6歳児(年長)・泳ぐことのできない小学校1～3年生	6名程度
ジュニアAコース			水・金曜日 17:00～18:00	板キックで25m程度泳ぐことのできる幼児・小学生	7名程度
ジュニアBコース			水・金曜日 18:00～19:00	板キック・クロールで25m程度泳ぐことのできる小学生	13名程度
チャレンジAコース			水・金曜日 19:00～20:00	クロール・平泳ぎ・背泳ぎのうち2泳法で25m以上泳ぐことのできる小学生・中学生	13名程度
チャレンジBコース			火・木曜日 18:00～19:00	クロール・平泳ぎの2泳法で50m以上泳ぐことのできる小学生・中学生	10名程度
選手コース	100回 4月～3月	47,000円	火・木・土曜日 19:00～20:30	クロール・平泳ぎ・背泳ぎの3泳法で100m完泳できる小学生・中学生・高校生	15名程度
女性スイミングコース (前期)	17回 4月～8月	8,000円	火曜日 19:30～20:30	クロール・背泳ぎ	10名程度

\* 1月・2月は、鏡野町B&G海洋センター冬期休館のため、水泳教室も休みとなります。

\* 大会へはチャレンジA・Bコース、選手コースから出場可能です。

\* 内容・対象の欄をよく見て、泳力に合ったコースを選択してください。

\* 入会後に、泳力に応じてコースの変更をお願いする場合があります。

お問合せ先  
鏡野町文化スポーツセンター  
TEL:0868-54-3811

令和7年度

# 鏡野町B&G海洋センター 水泳教室受講申込書

申込日 年 月 日

参加希望教室	・ 幼児コース（水・金）	・ 初心者Aコース（水・金）
	・ 初心者Bコース（火・木）	・ ジュニアAコース（水・金）
	・ ジュニアBコース（水・金）	・ チャレンジAコース（水・金）
	・ チャレンジBコース（火・木）	・ 選手コース（火・木・土）

フリガナ		性別	血液型	生年月日	年齢
氏名				年 月 日	才

住所	〒 -				
	TEL ( ) -	FAX ( ) -			

緊急連絡先	氏名				
	携帯電話番号				

学校名	新学年 年				
-----	-------	--	--	--	--

**誓約書**

わたしは、鏡野町B&G海洋センターの水泳教室を受講するにあたりセンターのきまりを厳守いたします。

氏名 \_\_\_\_\_

**承諾書**

上記の者が、本教室に参加することに対して、家族の代表として一切の責任を負うとともに参加を承諾いたします。

保護者署名 \_\_\_\_\_

## 水泳教室参加者の健康に関する資料 (秘)

本資料は水泳教室に参加中、万一の際に速やかに医師の診察を受けるときの処置、診断の基礎資料となるものです。記載内容を他にもらすことはございませんので、下記内容をご記入いただきますようお願い申し上げます。

氏名	フリガナ	※ 記入不要
血液型 (いずれかに○)	A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明 / RH ・ + ・ - ・ 不明	

教室参加者について下記の質問にお答えください。

(1) 該当する場合のみ、項目を○で囲み詳細をご記入ください (複数回答可)	
1. 出生時の大きな異常	(内容: )
2. 過去に長期入院や大きな手術の経験	( 歳時 病名等: )
3. 過去の健康診断における異常所見	( 歳時 病名等: )
4. 次のうち、現在又は過去の発症または診断、治療歴	
a. てんかん	( 歳時: 治癒・治療中 )
b. 熱性けいれん	( 歳時: 治癒・治療中 )
c. 喘息	( 歳時: 治癒・治療中 )
d. 慢性気管支炎	( 歳時: 治癒・治療中 )
e. アトピー性皮膚炎	( 歳時: 治癒・治療中 )
f. 薬物等アレルギー	( 歳時 反応源等: ) (症状: )
g. 食品アレルギー	( 歳時 反応源等: ) (症状: )
5. 現在影響がある上記以外の特筆すべき症状等	
(症状: )	処置法: )
(症状: )	処置法: )

(2) かかりつけの医療機関はありますか (病院等: )
------------------------------

(3) 現在の状態について、該当項目を○で囲み詳細をご記入ください (複数回答可)	
1. 健康と考える	
2. 年に数回経過観察診断を受診している	(詳細: )
3. 日常継続して薬品を服用している	(薬品名: )
※薬品は参加時に忘れずに持参させてください	
4. 定期的に治療のため医療機関に通院している	(詳細: )
5. 医師により運動の一部を制限されている	(詳細: )
6. 年1回程度以上の発作症候が見られる	(詳細: )
7. 学校生活又は日常生活に一部支障がある	(詳細: )
8. 通学、通園に一部支障がある	(詳細: )

(4) 伝染性疾患等のり患の経験等について、該当項目を○で囲みお答えください	
1. はしか	(a.過去にかかっている    b.まだかかっていない    c.予防接種済)
2. ふうしん	(a.過去にかかっている    b.まだかかっていない    c.予防接種済)
3. 水ぼうそう	(a.過去にかかっている    b.まだかかっていない    c.予防接種済)
4. おたふく風邪	(a.過去にかかっている    b.まだかかっていない    c.予防接種済)
5. 破傷風	(a.過去に予防接種済    b.予防接種していない)