**公益財団法人　東京都水泳協会**

**2025年度アーティスティックスイミングバッジテスト検定申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 申込年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| **氏名** |  | | 男  女 | **生年**  **月日** | | 年　　月　　日生 | | | | 歳 |
| **住所** | 〒 | | | | | **電話番号** | |  | | |
| **加盟団体** |  | | | | | **所属** | |  | | |
| **受検ステージを記入してください**　（３ステージ同時受検可） | | | | | | | | | | |
| ステージ　( 　 ) | | | | |  | | | | | |
| ステージ　( 　 ) | | | | |
| ステージ　( 　) | | | | |
| 検定料  ステージ１～６　各１,５００円　 ステージ７～９　各２,０００円 | | | | | | | | | | |
| **検　定　料** | | １,５００　円 | | | ステージ | | | | 円 | |
| ２,０００　円 | | | ステージ | | | | 円 | |
| **合　　　計** | |  | | |  | | | | 円 | |

* 納入後の返金はできません

|  |
| --- |
| **誓　　約　　書**  私は、アーティスティックスイミングバッジテストの申し込みをいたします。  また、バッジテストには自己の責任において健康管理を行い、万全の体調で参加することを誓約いたします。  　　申込者氏名　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　※１８歳未満の場合、保護者の承認が必要です |