

ジョー・ブリングル女史のクリニック申込書

氏名	性別 男・女	生年月日 西暦 . .
住所	電話番号	
緊急連絡先	続柄 ()	続柄 ()
所属団体名	インストラクター氏名	
レッスン受講	4日 希望時間 5日 希望時間 6日 希望時間	
聴講 4日・5日・6日	昼食 4日()食・5日()食・6日()食	
懇親会	参加する()人・参加しない	

クリニック費用計算書

レッスン受講料	5,000円×	鞍	円
借馬料	3,000円×	鞍	円
レッスン聴講料	3,000円×	人	円
昼食	400円×	食	円
懇親会	2,000円×	人	円
合計			円

参加同意書

私は、ハローヒポで開催される、ジョー・ブリングル女史のクリニックに参加を申し込みます。参加中の人的、物的事故につきましては、誠意を持って話し合いで解決することを約束します。また、保険適用以外の損害賠償請求の一切を放棄します。
(NPOゆきわりそう加入保険適用)

参加者氏名 _____

保護者氏名 _____

印

*参加者が18歳未満、または障害を持つ方は保護者の承諾が必要です。

この申込書にご記入のうえ、FAXにてハローヒポに送信してください。

ハローヒポ FAX 027-380-7089