

クラブドルフィンズ 無料体験レッスン申し込み書

の部分をご記入願います。

申込日 令和 年 月 日

教室名				クラス名			
ご体験希望の教室を○で囲ってください。				ご体験希望のクラスを○で囲ってください。			
朝霞 みずほ台 日野 門前仲町 砂町 清澄白河				キッズ		ジュニア60	
				ジュニア75		ジュニア90	
ふりがな		性別	生年月日			ご年齢	
体験者氏名		男・女	西暦	年	月	日	満 歳
ふりがな							
ご住所	〒						
電話番号	()		緊急用電話番号	()			
メールアドレス	@			幼稚園・学校名			
上記の記載内容のとおりクラブドルフィンズの無料体験レッスンの申し込みをいたします。							
お申し込み日付 年 月 日							
保護者氏名 (ご自署、捺印願います) (フリガナ)							
印							
クラブの運営、レッスンの内容の参考にさせていただきます。以下のアンケートにご協力ください。							
当クラブを知ったきっかけに○をお願いします。	①WEBサイト		②ご友人の紹介		③ご兄弟が会員		ご紹介者氏名
お子様の好きなテレビ番組・DVDは何ですか？	複数回答・可						
お子様の大好きな遊びを教えてください。	複数回答・可						
ありがとうございました。クラブの運営、レッスンの内容の参考にさせていただきます。							
クラブドルフィンズ事務担当記入欄							
届出日付	年	月	日	受付教室		受付担当者	
体験予約申込日	年	月	日	体験申込み方法	電話	WEB	教室
体験実施日	年	月	日	体験教室・クラス			
無料体験受講回数	回目	以前に無料体験を受けた日					
【通信欄・補足説明】	ご紹介者会員		教室	クラス	様		
	入会案内を手渡したスタッフ名						
	入会のご説明をしたスタッフ名						