

◆事前アンケートにご協力をお願いします。教室初日２週間前までにご郵送またはEメールでご提出ください◆

**※WEB等でのお申込時などに既にご送付いただいている場合は、再度ご提出いただく必要はございません**

郵送先　〒192-0393　八王子市東中野742-1　中央大学クレセント・アカデミー事務室　宛
Eメールアドレスcrescent-grp@g.chuo-u.ac.jp

フェンシング教室　事前アンケート

　記入日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 氏　名 | 　 | 生年月日（西暦） | 年　　　　月　　　　日 |
|
| 学　年 | 小　・　中　・　高　　　　　　年生 |
|

◆フェンシングの経験がありますか。いずれかに〇をつけてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　　　　　　　　・　　　　　　　　無

◆有に〇をつけた方、どれくらいの期間・レベルかお答えください。

　　　　　　　期　間

　　　　　　　レベル

◆フェンシング用具の貸し出しを希望されますか。いずれかに〇をつけてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　希望する　　　　　　・　　　　　　希望しない

◆希望するに〇をつけた方は以下にお答えください。

　　　　　　　利き手　（　　　　　　　　　）　身長　（　　　　　　　　　　）ｃｍ　　体重　（　　　　　　　　）ｋｇ