№

室蘭キッズサッカークリニック ＆ ゲーム

【 申し込み書 】

ふ　り　が　な　　男　・女

○ 選手氏名　　（　　年生）

○ 所属少年団

○ 生年月日（西暦）　　血液型（　　）

〒

○ 住　　所

TEL

fax

※協会への選手登録を済ませていますか（○で囲んでください。）

している　　いない

選手登録番号【　　】

趣旨を遵守するとともに、開催期間中の選手の負傷に際しては、

個人が負うものとし、参加申し込み致します。

平成　　年　　月　　日

保護者氏名

印