

室蘭キッズサッカークリニック & ゲーム

【 参加申し込み書 】

参加者氏名	ふ り が な	男 ・ 女
		(年 生)

所属少年団		

生年月日 (西暦)		血液型 ()

住 所	〒	

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

している方

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
