平成24年度　第19回全国クラブチームサッカー選手権大会
室蘭地区予選
参　加　申　込　書

ふりがな		チーム登録番号			
チーム名		所在地	〒		
e-mail		TEL		FAX	
ふりがな		所在地	〒		
代表者名1					
		TEL		FAX	
e－mail		携帯電話			
ふりがな		所在地	〒		
代表者名2					
		TEL		FAX	
e－mail		携帯電話			
ふりがな		所在地	〒		
監督					
		TEL		FAX	
e－mail		携帯電話			

背番号	位　置	氏　　名	生年月日	年齢	所属チーム	登　録　番　号
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

ユニフォームの色	シャツ	正		ショーツ	正		ストッキング	正	
		副			副			副	
〃（GK)の色	シャツ	正		ショーツ	正		ストッキング	正	
		副			副			副	

ふりがな		所在地	〒		
帯同審判	3級				
		TEL		FAX	
e－mail		携帯電話			

上記の者は標記大会に出場することを認め、参加申し込み致します。

平成　　年　　月　　日

地区サッカー協会会長

※主将に背番号に〇印をつけること。