

フットサルクリニック参加申込書

氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日 年 月 日生 (年生)
住所 <small>〒</small> ----- 県 市 区	TEL ()
現所属チーム	FAX ()
	ポジション F W M F D F G K

希望カテゴリー

	【日時】5月4日(祝) 15:00~16:00 【対象】小学3、4年生
	【日時】5月5日(祝) 15:00~16:00 【対象】小学5、6年生
	【日時】5月5日(祝) 16:00~17:00 【対象】小学1、2年生

ご希望のカテゴリーに○を記入してください

保護者名		印
------	--	---

【ご注意】

当日の怪我につきましては応急処置は致しますが、その後につきましては自己責任にてお願いいたします。
当クラブでは責任は負いかねますのでご了承ください。

FAX 054-388-3275

CONSIGO/Frontier FC 代表 稲葉 隆典 宛