

無料体験申込書

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 ()
	FAX ()
身長 CM	体重 KG
利き足 右・左・両足	

サッカー歴

サッカー歴	
現所属チーム	ポジション F W M F D F G K
その他スポーツ経験	50M走タイム 秒

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

CONS I GO/ Frontier FC 代表 稲葉 隆典 宛