



# VONDS市原サッカー教室参加申込書

申し込み先⇒

FAX:0436-62-0012

E-mail:jimukyoku@vonds.net

参加希望日 (し点をお願いします)	<input type="checkbox"/> 8月20日 6年生対象 サッカー教室						
	<input type="checkbox"/> 8月27日 1~5年生対象 サッカー教室						
	GK 4~6年生	<input type="checkbox"/> 8月20日 <input type="checkbox"/> 8月27日 <input type="checkbox"/> 両方(20日&27日)					
ふりがな	生年月日		西暦	年	月	日生	
氏名	性別		男	女	年齢	満	才
学校名(学年)	小学校( 年生)	所属サッカーチーム					
サッカー経験の有無	有	無	ポジション		GK・DF・MF・FW		
住所	〒 -						
電話番号	TEL	-	-	FAX	-	-	
携帯番号							
練習会 サッカークリニック に参加するきっかけは なんですか?  差支えない範囲でお答えく ださい。							
ご自由にお書きください!!							
下記の事項に承諾したうえで、VONDS市原サッカー教室に参加します。							
平成 年 月 日							
保護者氏名							
印							

※当練習会の活動風景を撮影した写真および映像をウェブサイト等に使用させて頂くことがあります。

※ご記入いただきました個人情報は、弊社における業務にのみ使用いたします。

※怪我をした場合、応急処置はいたしますがその後の治療、保険につきましては各自対応とさせていただきます。