

神戸レディースサッカークリニック2017 参加申込書

受付FAX番号:078-857-7307

フリガナ				
本人氏名				
生年月日	_____年 _____月 _____日 生まれ (_____ 歳)			
郵便番号	〒 _____			
ご住所				
電話番号	(_____) _____			
FAX番号	(_____) _____			
昼間の連絡先	<table border="1"><tr><td>携帯</td><td rowspan="2">(_____) _____</td></tr><tr><td>会社</td></tr></table>	携帯	(_____) _____	会社
携帯	(_____) _____			
会社				
連絡し易いメールアドレス				
備考	<サッカー歴・スポーツ歴がありましたら、下記にスポーツ種目、クラブ名、経験年数などご記入ください。>			
	小学校年代:			
	中学校年代:			
	高校年代:			
	その他の年代:			

* 本個人情報は本クリニック実施に際し必要最低限のみ利用することをご承諾下さい。

また、本個人情報は目的以外に利用しないことを契約致します。

お問い合わせ先: 一般社団法人神戸市サッカー協会 担当: 桂

TEL 090-5042-4463 mail: ykatsura@center.konan-u.ac.jp