

兵庫県レディースサッカークリニック2012参加申込書

受付FAX番号:078-842-3371

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	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 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:	
参加希望日 ○印を入れて下さい。 原則全日程参加して下さい。	2012年12月 17日(月)	
	2013年1月 7日(月)、21日(月)、28日(月)	
	2013年2月 4日(月)、18日(月)、	
	2013年3月 11日(月)、18日(月)、	

* 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: 一般社団法人兵庫県サッカー協会 担当: 高本

TEL 078-842-3370(神戸レディースフットボールセンター)