



アスルクラロ高知 ジュニアユース 体験練習会 申込書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな				性別	生年月日	
名前				男・女	西暦 年 月 日 (歳)	
身長	体重	血液型	主なポジション(複数選択可)			
cm	kg	型	FW・MF・DF・GK		左・中・右	
学校名			サッカー経験			

ふりがな			印	
保護者名				
住所	〒			
連絡先	-	-	FAX	-
メール	@			

現所属チーム	現所属チーム監督の承諾		印
	監督名		

参加希望日	12/7	12/14	12/21
-------	------	-------	-------

個人情報について

ご記入いただきました個人情報につきましては、当クラブにて厳重に管理させていただくとともに、チーム運営でのみ使用させていただきます。

FAX送付先 088-831-0901

お問い合わせ・ご質問等は、担当コーチ 日浦携帯 090-8979-0716 まで、お気軽にご連絡ください。

FCアスルクラロ高知(一般社団法人 アスルクラロ高知)事務局
〒780-8050 高知市神田1812-12 TEL 088-831-0901