

啓明学園高等学校サッカーチーム 練習会 参加申込書

FAX: 042-541-9616

フリガナ	生年月日						
名前	年 月 日						
住所 〒							
電話番号 (中止になった場合、連絡がすぐに取れる番号を御願いします。)							
身長	cm	体重	kg	利き足	右	左	両方
得意なポジション①			得意なポジション②				
在学中学校			顧問 先生				
所属チーム			監督				
参加する練習会の日程に○をしてください。							
9月 24日 (土)				10月 15日 (土)			

啓明学園高等学校サッカーチーム練習会に参加するにあたり、以下の内容についてご確認下さい。

- ご記入して頂きました個人情報につきましてはプライバシーポリシーによって保護され、練習会以外の目的では使用いたしません。
- 練習会参会にあたり、健康上支障がなく、保護者、所属チーム責任者の許可を得ています。
- 練習会中に起こった怪我、移動中に起きた事故について啓明学園高等学校では一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

上記の内容を了承し、練習会に参加することを承認いたします。

年 月 日

選手名

保護者氏名