2019長野県ユースＧＫスクール

送付先FAX番号　0268-42-3861

e-mail:patisserie\_ruru-nfagkp@yahoo.co.jp

1DAYユースゴールキーパークリニック申込書

**２０　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名** | **男　・　女** |
| **生年月日** | **西暦　　　　　　　　年　　　　月　　　　日** |
| **住所** | **〒　　　　―** |
| **電話番号（自宅）** | **―　　　　　　　―** |
| **e-mail　アドレス** |  |
| **緊急連絡先**  **（保護者の携帯番号）** | **―　　　　　　　―** |
| **学校名・学年** | **高等学校　　　　　　年**  **中学校　　　　　　年** |
| **所属チーム** |  |
| **身長・体重** | **㎝　　　　　　　　㎏** |

上記の選手は健康であり、保護者として本クリニックの目的について理解、賛同しますので、上記選手のクリニックへの参加を承諾します。

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（自署の場合は印不要）

2019ＧＫスクール1DAYゴールキーパークリニックへの参加を許可します。

チーム名

代表者氏名（署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（自署の場合は印不要）

※今回ご記入いただいた個人情報は、本スクールの連絡等のみに使用します。

8月25日(日)　18時までに送付してください。