



ギラヴァンツ北九州サッカースクール ジュニアサッカークリニック 申込用紙

平成26年 月 日

カナ		学年	生年月日
本人氏名			年 月 日
連絡先	TEL	携帯アドレス	
		PCアドレス	
住所	〒		
現所属クラブ スクール		サッカー歴	
性格など		保育園 幼稚園 小学校	
備考			

注意事項

- ※必要事項を記入の上、FAXでお申込み下さい。
- ※申込受付後、事務局より確認の連絡を行います。
- ※サッカーの出来る服装、運動靴、タオル着替え、飲み物をお持ち下さい。
- ※クリニック中はスポーツ保険に加入しておりません。体験中の怪我についてはコーチが応急処置を行いますが一応、責任を負いかねますので予めご了承下さい。
- ※その他、ご不明な点などございましたらお気軽にお問い合わせ下さい。

上記、内容を了承した上で体験会への参加を希望します。また、体験中の怪我について、株式会社ギラヴァンツ北九州に一切の責任を追究しません。

保護者サイン

FAX:093-863-6666

※おかけ間違いのないようお願い致します。

担当:向村

Giravanz
KITAKYUSHU