

ギラヴァンツ北九州 大人のサッカー教室～中期～申込用紙

平成 26 年 月 日

申込方法： 必要事項に記入または○をして郵送または FAX 送信にてお申込み下さい。

(フリガナ)	
氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日 (満 歳)
住所 〒	性別 男 女
電話番号	緊急連絡先
希望コース	第 6 回 7 月 12 日 / 第 7 回 7 月 19 日 / 第 8 回 8 月 9 日 第 9 回 8 月 23 日 / 第 10 回 8 月 30 日 ※希望コースに○を記入してください。複数希望の場合は複数選択してください。 (全日程希望の方もすべて選択してください。)
サッカー経験	有・無 (年)
備考	

※備考欄以外は必ずご記入願います。ご記入無き場合はお申込みを承認しない場合がございます。

※サッカー経験有の方は詳しく記入してください。(任意) 場合によってはクラス分けさせていただきます。

※備考欄には質問やスポーツ歴などご自由にご記入ください。

※大人のサッカー教室ではスポーツ保険に加入しております。ケガされた場合は保険適応範囲内での対応となります。予めご了承ください。

上記、内容を了承した上で大人のサッカー教室への参加を希望します。

また、上記に記載した個人情報は株式会社ギラヴァンツ北九州が保有することを認めます。

サイン

印

上記に記載した個人情報は大人のサッカー教室の活動以外には使用致しません。

株式会社ギラヴァンツ北九州 (担当：大國)

FAX : 093-863-6666 TEL : 080-4406-2665