



# 2013 ディアブロッサ高田FC サッカークリニック 檀原校 申込書

|         |           |       |            |
|---------|-----------|-------|------------|
| 申込日     | 平成 年 月 日  | 入会年月日 | 平成 年 月     |
| 氏名      | フリガナ      |       |            |
|         |           |       |            |
| 生年月日    | 平成 年 月 日生 | 性別    | 男・女 血液型    |
| 保護者氏名   | フリガナ      |       |            |
|         | 続柄        |       |            |
| 住所      | 〒         |       |            |
|         | 自宅電話      | 緊急連絡先 |            |
| 学校名/幼稚園 | ( 年生)     | 所属チーム |            |
| 参加コース   | U-6       | U-9   | U-12 レディース |

## サッカークリニック 無料体験FAX申込書 FAX 0745-23-8469

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 体験希望日   | 平成 年 月 日 曜日       |
| 参加者氏名   | フリガナ              |
|         |                   |
| 保護者氏名   | フリガナ              |
|         |                   |
| 住所      | 〒                 |
|         | 自宅電話 緊急連絡先        |
| 学校名/幼稚園 | 年 中 ・ 年 長 ・ 小学 年生 |

※電話・メールでも受け付けています

|     |   |
|-----|---|
| 問合せ | ディアブロッサ高田FC 〒635-0071 大和高田市築山155-6                          |
|     | TEL : 0745-23-8468 (火曜日～金曜日 10:00-16:00) FAX : 0745-23-8469 |
|     | E-mail takadafc@m4.kcn.ne.jp 【担当者 栗牧翔一 090-5258-3498】       |