



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】