

東尾張少女サッカークリニック申込書

日にち 令和5年2月25日(土)

ふりがな	
氏名	
学校名	小学校 年生
保護者氏名	
携帯番号	当日の緊急連絡用
サッカー歴	おおよそで構いません。
所属チーム	あればお願いします。

※ ご記入いただきました個人情報については、『東尾張少女サッカークリニック』以外の目的で使用することは一切ございません。

※ けが等については応急処置を実施しますが、その後の処置については責任を負いません。

※申し込み先 メール tada40320@gmail.com もしくはFAX 0561-82-7712

※問合せ先 多田利浩

0561-82-7711 (聖カピタニオ女子高等学校)