

カターレ富山 行き  
【FAX】076-461-5201 まで送信ください。



### カターレ富山のびのびサッカークリニック申込書

(申込日) 2020年 月 日

ふりがな			性別
お名前			男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日 ( 歳)	学校名	小学校
健康状態	良好 ・ その他( )		
ふりがな			本人との関係
保護者氏名	①		
現住所 保護者連絡先	〒 -		
	自宅電話	PC/携帯アドレス	
	携帯電話①優先 (続柄 )	携帯電話② (続柄 )	

※当クリニックでの活動を撮影した写真や映像をクラブ公式ホームページで使用することがありますのでご理解の程よろしくお願いたします。  
※本個人情報につきましては、クリニック運営上の手続き・連絡・管理等の関連業務またはイベント案内等に使用させていただきます。

申込処理日	月	日
-------	---	---