

2008 横浜FCサマークリニック 申込書

横浜FCサッカースクール事業部行 FAX045-823-5181

希望クリニック (<u>をつける</u> 。複数可。)	長浜	KOKUGAKUIN	奥1~3年	奥4~6年	上級中山	上級東戸塚
	三浦		クアトロ3~4年	クアトロ5~6年	ストライカー	GK

記入日 / /

参加者氏名(ふりがな)	()
参加者保護者氏名(ふりがな)	()
参加者生年月日・学年	年 月 日 幼稚園 年中 ・ 年長 小学 年生
性別	男 ・ 女
郵便番号・住所	〒
電話番号・FAX番号	TEL () FAX ()
携帯電話	携帯電話 ()
所属チーム・スクール名	
*横浜FCサッカースクール生 会員No.	
PCメールアドレス	@
携帯メールアドレス	@
横浜FC記入欄	先着順 no. 複数申し込み 返信済み

*ご記入いただいた個人情報は本クリニックの活動以外に利用いたしません。

【お問い合わせ先】 横浜FCサッカースクール事業部 TEL045 - 828 - 3351(11時~18時) FAX045 - 823 - 5181(24時間)