

横浜FCサッカースクール サマークリニック申込用紙

7/1から FAX: 045-381-5101

クリニック名 希望クリニックに チェックをつける ポジション別クリニックは 希望ポジションに をつける	サマークリニック in KOKUGAKUIN 中山 ポジション別クリニック DF (ディフェンダー) MF (ミッドフィールダー) FW (フォワード)
	スペシャル 2Days サマークリニック ストライカークリニック GKクリニック 強化クリニック in 谷本公園 強化クリニック in 谷本公園

各クリニックにより申込締切が異なりますので、ご確認のうえお申してください。
お申込み多数の場合は、先着順となりますので、予めご了承ください。
参加の可否、参加要項などは申込締切後、4日以内にクラブよりご連絡いたします。

記入日 月 日

ふりがな		ふりがな	
氏名		保護者氏名	印
住所 〒			
Tel: ()	Fax: ()		
生年月日 平成 年 月 日	学年 年中・年長 年	性別	男 ・ 女
所属チーム・スクール	血液型 型		
緊急連絡先			
氏名:	携帯:		
PCメールアドレス	@		
携帯メールアドレス	@		
横浜FCからのお得な情報を今後受け取りますか? (いずれかに をつけてください。)	受け取ります	・	受け取りません
スクール事務局記入欄 (以下は記入しないで下さい)			
先着順 no.			

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。
トレーニング風景を撮影した写真及び映像を、広報媒体等に使用させていただくことがございますので、予めご了承ください。

【お問合せ】株式会社 横浜フリースポーツクラブ 横浜FCサッカースクール事務局
6/25まで TEL:045-828-3351 (平日/11:00~18:00)
7/1から TEL:045-372-5210 (平日/11:00~18:00)
MAIL:school@yokohamafc.com (24時間)