

横浜FCサッカースクール サマークリニック申込み書

Fax : 045-823-5181

お申込み開始 6月15日(月)

クリニック名 (希望クリニックに✓) ポジション別は希望ポジションに をする	KOKUGAKUIN	切7月14日
	長浜	切7月14日
	ポジション別 (3, 4年生) GK (ゴールキーパー) DF (ディフェンダー) MF (ミッドフィールダー) FW (フォワード)	切7月14日
	ポジション別 (5, 6年生) GK (ゴールキーパー) DF (ディフェンダー) MF (ミッドフィールダー) FW (フォワード)	切7月21日
	強化クリニック	切8月6日
	強化クリニック	切8月6日

各クリニックにより締切日が違いますので、ご確認をお願いします。
 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。
 強化クリニック、申込の方は8,000円となります。

月 日 申込み

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
性別	男	女	
所属チーム・スクール		血液型	型
緊急連絡先			
氏名:	Tel:	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	
スクール事業部記入欄 (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。

【お問い合わせ先】

横浜FCサッカースクール事業部

Tel : 045 - 828 - 3351 Fax : 045 - 823-5181

E-mail : school@yokohamafc.com