

写 真
(スナップ写真
デジカメプリント
コピー可)

受付日	
会員番号	

ふりがな 氏 名	男 女	平成 年 月 日生 満 歳
住所 〒		電話 () FAX
血液 型	型	連絡用メールアドレス ; (必ずご記入ください)
身 長	cm	学校名 : 学年
体 重	kg	既往症など :
視 力	右 : 左 :	
その他		
<p>私は、青森市サッカー協会主催少年サッカースクールの趣旨に同意し、入会を申込みします。 入会に際し、スクールの規則を遵守します。また、事故・怪我等については、保護者もしくは自 分が一切の責任を持ち、貴スクールや指導者にいかなる責任をも問いません</p> <p>青森市サッカー協会 会長 里村 英博 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>保護者住所</p> <p>保護者氏名 印</p>		

※記入された個人情報、本スクールの運営及びスポーツ傷害保険の手続きにのみ使用します。

青森市サッカー協会