SENYO FOOTBALL CLINIC　入会申込書 兼 同意書

申込者名　本　人	（ふりがな）		
保護者	（ふりがな）	続柄	
本人生年月日			
所属中学校		現学年	
所属チーム	該当するものに☑してください ☐ 所属中学部活動 ☐ クラブチーム（　　）		
ポジション	該当するものに☑してください ☐ FW　☐ MF　☐ DF　☐ GK　※複数選択可		
自宅住所			
保護者電話番号			
本人電話番号	※持っていない場合は記入不要です		
緊急連絡先	連絡先名 電話番号等		

☐ SENYO FOOTBALL CLINIC 規約 に賛同します。

☐ スポーツ安全保険または傷害保険に加入しています。

※上記を確認しチェックの上、署名してください。

申込み年月日　　年　　月　　日

保護者　署名 _____