

佐賀県 GKトレセン 参加申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ 氏名	様			身長	cm	
				体重	Kg	
生年月日	年	月	日生	歳	視力 右 左	グローブサイズ 号
学校名			チーム名			
住所	〒 _____					(※マンション名・階数・部屋番号も漏れなく記入をお願いします) _
連絡先	TEL	—	—	携帯電話	—	—
	メールアドレス (_____ @ _____)					
緊急 連絡先	名前: _____ (続柄: _____)					
	TEL	—	—			
	メールアドレス (_____ @ _____)					
備考欄						

署名欄

秩序を守りGKトレセン活動を実施いたします

本人署名 _____ 印

保護者として、本人がGKトレセンに参加することを認めます

保護者署名 _____ 印

所属チーム代表として、本人の GKトレセンへの参加を認めます。

チーム名

代表者署名 _____ 印