

令和4年 月 日

佐賀県 GK クリニック 参加申込 及び 承諾書

佐賀県サッカー協会 GK クリニックの主旨に賛同し、下記記選手の参加を承諾いたします。

なお、期間中の負傷事故については、期間中のみ応急処置をすることで異存ありません。

【参加選手】

フリガナ

選手氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 才)

身長： _____ 体重： _____

現住所：〒 _____

TEL： _____

保護者署名： _____ (印)

【所属チーム】

上記選手の参加を承諾いたします。

監督署名： _____ (印)

※本紙は集合時に持参してください。