

キッズサッカークリニック 参加申込書

平成 年 月 日

【 申込責任者 】

・氏名（フリガナ）

・住所 〒

・連絡先電話番号

【 教室参加者 】

No.	(フリガナ) 氏名	学校名	学年	性別
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※お申込いただいた個人情報は今回の目的のみに使用し、他には使用しません。
※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さい。

主催：財団法人 宮城県スポーツ振興財団