

## 横浜清風高等学校サッカー部練習会 参加申込書

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
選手氏名		保護者電話番号	携帯・自宅
自宅住所	〒		
保護者氏名		保護者の承諾	あり・なし（なしの場合参加不可）
ポジション	GK DF MF FW	身長／体重	cm / kg

中学校名	立 中学校		
所属クラブ名	※所属している方のみご記入ください		
担任御氏名	先生	担任の承諾	あり・なし（なしの場合参加不可）
部活顧問御氏名	先生	顧問の承諾	あり・なし（なしの場合参加不可）
クラブ監督御氏名	様	監督の承諾	あり・なし（なしの場合参加不可）
参加希望日	8月20日（保土ヶ谷公園） ・ 8月26日（横浜清風高校） （希望日に○をつけてください）		

ご記入後、以下へ FAX 送信をお願いいたします。

FAX 番号 045-716-0202

横浜清風高等学校サッカー部顧問 山田亮 宛