

佐賀県プロサッカー振興協議会Presents ウイントスキッズサッカー大会 参加申込書

チーム名				
チーム 代表者	氏名			
	連絡先	TEL:	FAX:	携帯番号:
	メールアドレス			
氏名		生年月日	性別	幼稚園・保育園名
①	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
②	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
③	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
④	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
⑤	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
⑥	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
⑦	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
⑧	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
⑨	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			
⑩	<フリガナ>	年 月 日		
	<氏名>			

※チーム代表者については、事前の連絡及び大会当日に引率できる方のご記入をお願いいたします。
 ※氏名、生年月日、性別につきましては、スポーツレクリエーション保険の加入に必要な情報ですので、必ずご記入ください。
 ※参加申込書に記載されました個人情報は、大会の運営目的以外には使用いたしません。

【お申込み・お問合せ先】
 佐賀県プロサッカー振興協議会
 TEL:0942-81-5290 FAX:0942-81-5291
 メール:kanetake-yuuki@pref.saga.lg.jp