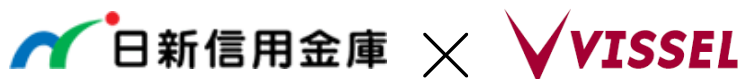


➡ FAX:078-991-6133 ヴィッセル神戸サッカースクール事務局 宛

下記必要事項をご記入のうえFAXにてお申込みください。



少年少女サッカークリニック参加申込書

■開催日時:2013年8月18日(日)13:30~15:15

■開催場所:いぶきの森球技場(ヴィッセル神戸練習場)・人工芝グラウンド

■参加対象:小学1年~6年生の男女(参加無料)

【参加お申込み記入欄】

【1】	日新信用金庫×ヴィッセル神戸サッカークリニック参加希望				
【2】	お子様氏名		【3】	学年	年生
【4】	電話番号	-	-		
【5】	FAX番号	-	-		
【6】	郵便番号	-			
【7】	住所				
【8】	緊急連絡先(携帯番号)	-	-		

ご兄弟・お友達とご一緒にお申込みも可能です。

複数名でのお申込みの場合は、下記欄に参加者のお子様の氏名・学年を記入下さい。

【複数名参加】お申込み記入欄

お友達氏名①	学年		年生
お友達氏名②	学年		年生
お友達氏名③	学年		年生
お友達氏名④	学年		年生
お友達氏名⑤	学年		年生

なお、当落連絡は代表でお申込みされた方へのご案内となりますので、代表者の方から皆さまへご案内をお願いいたします。

<お問合せ先>

ヴィッセル神戸サッカースクール事務局

TEL.078-991-7416(9:30~18:00/土日祝休)□

FAX.078-991-6133

