

2020年度 ヴィッセル神戸U-15セレクション 所属チーム承諾書

セレクション受験に際し、所属チームの代表者の署名・捺印の上、ご参加ください。
同意が無い場合は参加することができません。

| | |
|--|------|
| (フリガナ) | |
| 本人氏名 | |
| (フリガナ) | |
| 保護者氏名 | (捺印) |
| 所属チーム名 | |
| 上記所属選手が「2020年度ヴィッセル神戸U-15セレクション」を受験することに承認いたします。 | |
| 代表者署名 | (捺印) |

※返信用封筒(長形3号)2通(本人の住所、氏名を記入し82円切手を貼ったもの)を同封し
郵送にて期日までにお送りください。

お問合せ先: 『ヴィッセル神戸U-15セレクション』係宛
TEL 078-991-5894(火~金・13:00~16:00)