

# 「FC REYS9」スクール参加申込み

希望スクール フットサル(月) ・サッカー(水) ※希望に○をお願いします。両方可。

性	名
氏名	

セイ	メイ
フリガナ	

性別 男性 女性

生年月日:西暦

学年

学校名

性	名
保護者名	

印

セイ	メイ

メールアドレス

電話番号

郵便番号

住所

備考

- \* お支払い(月謝・入会費・年会費(スポーツ保険代含む)など)はクレジットカード決済となります
- \* ワールドサッカークリニックの会員規約に同意する( )

一般社団法人非営利団体ワールドサッカークリニック

担当:高橋邦明 080-4121-1012 メール:worldsoccerclinic2023@gmail.com

