

新潟アルビレックスBBスクール
スキルアップクリニック参加申込書

○をつけてください	
スクール生 ・ 一般参加	アルードクラブ 入会済 ・ 未入会

参加者氏名	フリガナ	学年	性別
住所			
〒			
電話番号			
ご連絡可能な時間帯()			
生年月日			
平成 年 月 日 (歳)			