

新潟アルビレックスBB U15 トライアウト参加申込書

申込日 年 月 日

| | | | |
|---------------------------------------|---------|------------|------------|
| フリガナ | | | |
| 申込者氏名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 日生 (満 歳) |
| 住所 | | | |
| TEL | | 緊急連絡先 | |
| E-Mail | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| 学校名・学年 ※平成30年4月1日時点 | 学校 | | 年生 |
| プレー歴 ※過去に所属したチーム及び戦績・受賞歴・ポジション | | | |
| 所属期間 | 所属チーム | 主な戦績 | ポジション |
| 2000年4月～2001年3月 | アルビスクール | 〇〇大会優勝・MVP | ガード |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

自己PR

同意書

トライアウトを十分に理解した上、トライアウトに参加することを希望します。

申込者氏名

保護者氏名

印