

**新潟アルビレックスBB U12 トライアウト参加申込書**

申込日 年 月 日

フリガナ					
申込人氏名					
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 ※令和3年4月1日時点	学校		年生		
<b>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</b>					
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	○○大会優勝・MVP			ガード
参加希望日(両日参加可)	4月2日(金)	4月9日(金)			
<b>自己PR</b>					

**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。

申込人氏名

保護者氏名

印