

新潟アルビレックスBB U10 トライアウト参加申込書

申込日 令和 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2年年4月1日時点	学校		年生
参加日 ※○をつけて下さい 複数回受講可	8月18日(火)		8月20日(木)

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。

申込人氏名	保護者氏名	印
-------	-------	---