

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	学校		年生
参加希望日	6日(土) ・ 7日(日) ・ 8日(月) ※参加希望日に○をつけてください。複数選択可		
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。

申込人氏名保護者氏名印