

2016川崎市GKクリニック 参加申込書

選手氏名	(U13 ・ U14 ・ U15)
住 所	〒 - FAXもしくはEmail
連絡先(選手)	(携帯 ・ 自宅)
保護者氏名	
連絡先(保護者)	(携帯 ・ 自宅)
所属チーム	
所属チーム責任者氏名	
連絡先(責任者)	(携帯 ・ 自宅)
参加コース	<input type="checkbox"/> 7/26 ベーシックコース第一回 <input type="checkbox"/> 7/28 ベーシックコース第二回 <input type="checkbox"/> 8/18～19 宿泊型スキルアップコース
質問・連絡事項など	
川崎市サッカー協会 FAX:044-819-5002 Email:ylee@kawasaki-fa.com	

申込期限 平成28年7月19日(火)

FAXまたはEmailでお申し込みください