**ＧＫクリニック参加申込書**

**選手　　指導者**

**※どちらかに〇をつけてください**

【申し込み先】

２月７日１７：００締め切り

[osa-tae@athena.ocn.ne.jp](mailto:osa-tae@athena.ocn.ne.jp) 　担当金井宛メール

栃木県サッカー協会ＦＡＸ０２８－６８８－８４００

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チーム名 |  | | 地区名 |
| 参加者 | ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 連絡先 | ふりがな |  | |
| 保護者氏名 |  | |
| 住所　〒 | | |
| 携帯 | | |

【プライバシーポリシー同意書】

　ご記入いただきました個人情報について、栃木県少年サッカー連盟は、本クリニックについての事務連絡が必要なときのために使用します。目的以外に使用しないことを徹底し、厳正なる管理の下に保管いたします。

上記の個人情報の取り扱いについて同意します。

年　　月　　日

氏名