

2017(平成29)年度 栃木県GKクリニック 参加申込書及び親権承諾書

選手氏名	姓	名	選手 フリガナ	姓	名		
保護者氏名	姓	名	自宅電話				
			保護者 携帯電話				
自宅住所	〒						
親権者承諾書							
栃木県トレーニングセンター経験者は○で囲む			U-12 ・ 13 ・ 14 ・ 15 ・ 16				
所属チーム名			所属チームFAX				
所属チームTEL			指導者携帯電話				
指導者氏名			指導者携帯電話				
学校名(クラブ所属選手のみ記入)							
選手調査							
生年月日	年	月	日	学年	年	ポジション	GK
身長	cm	体重	kg	GK歴	年		
栃木県GKクリニックに参加することを承諾します。							
<p>プライバシーポリシー同意書</p> <p>ご記入いただきました個人情報について、栃木県サッカー協会は、GKクリニックの運営・事務連絡の目的において使用します。目的以外に使用しないことを徹底し、厳正なる管理のもとに保管します。</p> <p>個人情報の取り扱いについて同意します。</p>							
年 月 日				親権者氏名		印	

