

2020年度栃木県GKクリニックU15 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 | | | | | | | |
| 所属チーム名 | | | | | | | |
| 所属チームTEL | | | 所属チームFAX | | | | |
| 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 | |
| | | | | | | | |