

平成26年度「GKクリニック」参加申込書

所属チーム							
ふりがな							
氏名							
生年月日	(西暦)	年	月	日	学年	小 中 高	()年生
現住所	〒						
保護者氏名				緊急連絡先			
メールアドレス (保護者)	(PC)						
	(携帯)						
GK経験年数	小学校	年間	中学校	年間	高校	年間	(通算) 年間
特記 注意事項 (持病等)	(例)ぜんそく持ち						
指導に関する 事項	◎本人の「得意」な技術等						
	◎本人の「不得意」な技術や指導してほしい技術(具体的に記入)						

「熊本コース」 希望する日程を○ で囲んでください。	①5月8日(木)	②6月5日(木)	③7月3日(木)	④9月4日(木)
	⑤10月2日(木)	⑥11月6日(木)	⑦12月4日(木)	⑧2014年1月8日(木)
	⑨2015年2月5日(木)	⑩2014年3月5日(木)	⑪ ①～⑩の全日程 参加希望	
「宇城コース」 希望する日程を○ で囲んでください。	①5月15日(木)	②6月12日(木)	③7月10日(木)	④9月11日(木)
	⑤10月9日(木)	⑥11月13日(木)	⑦12月11日(木)	⑧2014年1月15日(木)
	⑨2014年2月12日(木)	⑩2014年3月12日(木)	⑪ ①～⑩の全日程 参加希望	

※年間を通して参加を希望される場合は、⑪の全日程参加希望に○をつけてください。
(予定ですので途中で変更することも可能です。)
年間の予定がわからない場合は、その都度お申し込みを出して頂ければ大丈夫です。

参加承諾書

平成26年度「GKクリニック」に参加することを承諾いたします。
またクリニック中の病気・負傷等に関しましては、健康保険証を利用することも合わせて承諾いたします。
また活動中の写真や映像について熊本県サッカー協会の広報、活動紹介のために使用することも合わせて承諾します。