

# INAC神戸レオネッサ選手によるサッカークリニック (団体申込み用)

申込日： \_\_\_\_\_

活動団体名	代表者氏名
代表者・携帯電話	代表者：メールアドレス

※緊急時や各種ご連絡事項については、代表者様宛にご連絡させていただきます。

※お問合せの場合は、代表者様を通じご連絡お願い致します。

	参加者氏名	学年	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

《送付先》 FAX : 096-334-5568