

輝け未来の Jリーガー エスパルスサッカークリニック 参加申し込み用紙

お名前:

年齢:

歳

クラス:

幼稚園年長 …[]

小学1・2年生 …[]

※どちらかに○を付けてください。

エスパルスサッカースクール:

入会中 … []

未入会 … []

※どちらかに○を付けてください。

保護者

お名前:

ご住所: 〒

お電話番号:

当日の連絡先:

※いただいた情報は、本イベント実施の目的以外には使用いたしません。

FAX 送り先 : 054-336-7755