

# 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**