

特定非営利活動法人トレフルスポーツクラブ

サッカー教室 入会届

私は、特定非営利活動法人トレフルスポーツクラブ、サッカー教室に入会したいのでお届けします。

届出年月日	(西暦) 20 年 月 日		
入会年月	(西暦) 20 年 月 入会		
学校名		参加クラス	クラス
生年月日	(西暦) 年 月 日	学年(年齢)	年(歳)
本人氏名	ふりがな		性別 男 ・ 女
保護者氏名	ふりがな		
住所	〒		
TEL			
携帯電話番号			
連絡用メールアドレス			
経験 (所属チーム)	※どちらかに○をつけてください 経験なし ・ 経験あり (チーム名)	血液型	

※上記内容に間違いがないことを証明します。

※本教室での活動の写真や動画をHPやブログで掲載することを承諾します。

**特定非営利活動法人
トレフルスポーツクラブ**



TEL・FAX 089-964-1416
✉ trefle.sc@gmail.com

	受領日	処理日	講師
事務局記入欄			