

FAX 022-341-4245

下記に必要事項をご記入しFAX送信ください。



A.Cエボルティーボ仙台 ジュニアサッカースクール申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			
氏名			男 女
生年月日	西暦	年 月 日	
小学校名		学 年	年
希望曜日	※スクール希望の曜日を○で囲んでください。 火曜日 木曜日 火・木の週2回		
連絡先	住 所 電話番号 FAX番号 メールアドレス		
保護者名			
現所属チーム		ポジション	
体 格	身長	cm	体重 kg
サッカー歴	※トレン歴などがありましたらご記入ください。初心者の方も大歓迎です。		
保護者様 か ら	※必要事項などがあ れがご記入ください。		

※ご記入いただいた情報は、A.Cエボルティーボ仙台でのみ使用される情報であり、第三者に提供することはありません。