

# 【サッカークリニック】参加申込書

1月8日締切

○参加申し込みは「沖縄県障がい者スポーツ協会」まで

〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1

(県総合福祉センター内4F 407)

FAX 098-885-6747

(担当 下地)

ふりがな		
参加者氏名		
ふりがな		
保護者氏名		
住 所	〒	
連 絡 先	TEL	FAX
	携帯	E-mail
生年月日	( 歳)	
所属団体		
サッカー経験	<input type="checkbox"/> あ り ( 年) <input type="checkbox"/> な し	
備 考 欄	※保護者の皆様へ クリニック参加にあたり、お子様への注意事項などありましたら記入ください。	

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当サッカークリニック以外に利用いたしません。

※当サッカークリニックの風景を撮影した写真及び映像を本協会ホームページ等に使用させていただくことがございますのでご了承下さい。


 Let's enjoy our life together  
**スポーツ協会**

問合せ先：沖縄県障がい者スポーツ協会

〒903-0804 那覇市首里石嶺町4-373-1

TEL/FAX：098-885-6747 (平日 10:00~17:00)

E-mail：okiparaspo23@yahoo.co.jp