



帝京ロンドン学園サッカークリニック

Fax 用参加申込書

個人用申込書

氏名	フリガナ		
所属先	チーム名		
住所	〒		
連絡先	携帯電話番号(当日連絡がつく番号)		メールアドレス
保護者名	緊急連絡先		
学年	年	希望日	日

団体用申込書

チーム名		選手人数	名
代表者及び責任者	氏名	フリガナ	
	住所	〒	
	連絡先	携帯電話番号(当日連絡がつく番号)	メールアドレス

No	氏名	学年	希望日	No	氏名	学年	希望日
1		年	日	6		年	日
2		年	日	7		年	日
3		年	日	8		年	日
4		年	日	9		年	日
5		年	日	10		年	日

Fax 番号 : +44 (0) -1753-663819 にお送り下さい。

おかけ間違えないよう、十分ご注意ください。