

「親子サッカークリニック」 FAX申込書 FAX:0725-55-4316

参加カテゴリ

参加を希望するカテゴリの□に✓して下さい。

コースⅠ（幼稚園年中～2年生） 16:30～18:00（90分）

コースⅡ（小学3年生～6年生） 18:20～19:50（90分）

フリガナ			学年	年生
参加者氏名①				
フリガナ			フリガナ	
参加保護者氏名	続柄 ()	追加参加者氏名	続柄 ()	
通学先				
所属チーム	※サッカーチーム・少年団等に所属している方は、ご記入ください。			
連絡先住所	〒 -			
電話番号	(TEL) - -	(携帯) - -		
現在、クーバー・コーチングのスクールに通っていますか？				
通っている ・ 通っていない			_____校	
「通っていない」と回答した方のみご記入下さい				
このイベントの開催を何で 知りましたか？			今後、クーバー・コーチングか らのお知らせ	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

【個人情報のお取扱いについて】

ご記入いただく個人情報は、当社における業務上のご連絡、手続き、管理等、関連する業務に対して使用いたします。
 お客様の個人情報につきましては〈株式会社クーバー・コーチングジャパンの情報に関する基本方針〉に基づきお取扱いいたします。
 詳しくは (<http://www.coerver.co.jp/policy/>) をご覧ください。