

「親子サッカークリニック」 FAX申込書 FAX:0744-46-9701

参加カテゴリー

参加を希望するカテゴリーの□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 参加者氏名①		学年	年生
フリガナ 参加保護者氏名	続柄 ()	フリガナ 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。