

2017 第2回福岡県GKクリニック 申し込み用紙

ふりがな	
監督名	
所属チーム	
チーム所在地	
チームTEL	
チームFAX	
緊急連絡先	

チームの地区(○をつける)	筑豊・北九州・福岡(筑前)・筑後
---------------	------------------

	ふりがな 名前	所属チーム	身長	体重	学年	生年月日	協会登録番号
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
#							

※ 生年月日は西暦で記入してください。
 ※ 当日選手証は必要ありません。