

堺整形外科杯 第13回福岡県ユース(U-15)サッカーリーグ  
参加希望調査

2021 リーグに、		新規参加	します	該当するものを○で囲んでください。
チーム名				
チーム代表者名				

チーム連絡先

氏名	
住所（郵便が届くもの）	〒
電話番号（携帯電話）	
携帯電話メールアドレス（必須）	
パソコンメールアドレス （必須） 複数希望する場合は、②③欄にも記入してください。	①
	②
	③

※ 今後の連絡のために、随時連絡可能な携帯電話及びパソコンのメールアドレスをご記入ください。  
注：提出後の変更は基本的には認めませんのでご注意ください。

【提出先】①か②のどちらかで提出

- ① 郵送 〒802-0001 北九州市小倉北区浅野3-1-26 あべりあ浅野ビル ギラヴァンズ北九州 手嶋 宛  
② E-MAIL teshima@giravanz.jp ⇒ 本紙を添付データとして送信してください。

**申込締切：令和2年12月25日（金）必着**

**※2021年度新規参加チームのみの募集です。**