

横浜ジュニオールJY セレクション参加申込書

ふりがな			〒		
選手氏名			住所		
生年月日	西暦	年	月	日生	電話番号
					FAX
所属チーム				小学校名	学年
身長	cm	体重	kg	利き足	右足 ・ 左足
両親の身長	父親	cm	母親	cm	ポジション
同居家族（本人除く）					
氏名		続柄	年齢	職業	備考
サッカー歴、または自己PR		※選抜、各種大会等の記録など			
他クラブチームセレクション予定について		※合否には影響しません。			
Q1.現在セレクションを受けているチーム名を教えてください。					
Q2.受験日と合格発表予定日を教えてください。					
受験日：					
合格発表予定日：					
セレクション参加希望日	月	日	セレクション参加費用振込日	月	日
※お申込み人数により、ご希望の日程に添えない場合もございますのでご了承ください。					
※お振込名はお子様のお名前にてお願い致します。					

所属チーム代表者署名

㊟

代表者連絡先：

保護者氏名

㊟

保護者携帯番号：

※必要事項をご記入のうえ045-865-1318までFAXして下さい。

※こちらから、参加日時等をご連絡いたします。