

チーム確認カード再発行申請書

申請日： 年 月 日

■下記ご記入願います。(記入項目はすべて必須です。)

種別		チーム登録番号							
チーム名									

【送付先住所】

氏名	(姓)							(名)	
住所	〒				—				
	(都道府県)							(市区郡)	
電話	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 携帯電話				内線	()	
	—						—	()	
FAX	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先					内線	()	
	—						—	()	

*再発行の手続きが終了次第、取り急ぎFAXにてパスワードを送付いたします。

■振込明細書貼付欄

*申請料(¥1,000)を各振込先(選手登録時と同じ)にお振込後、領収書を上記に貼り付けて、当協会までFAXして下さい。(必ずチーム名にてお振込下さい。)

FAX送付先：(社)千葉県サッカー協会 043-222-0355