

第1回 サッカー教室 参加申込書

ふりがな			
氏名			
年齢 (学年)		学校名	
生年月日 (西暦)			性別
保護者名			
〒番号			
住所			
電話番号			
携帯番号	緊急時、雨天時等の連絡に使わせていただきます。		
Eメール	今後の当連盟のイベントなどのご連絡に使わせていただきます。		
サッカー経験の有無			
その他連絡事項			

郵送、またはメールにて申込をしてください

過去に参加された方は、氏名、学年、学校名のみで結構です。

(変更箇所は、ご記入ください)

〒299-0243 袖ヶ浦市蔵波3108の113

県立槇の実特別支援学校 大矢 翼 宛

プライバシーポリシー同意書

ご記入いただきました個人情報について、千葉県知的障害者サッカー連盟は以下の目的において使用いたします。

また、下記目的以外に使用しないことを徹底し、厳正なる管理の下に保管いたします。

使用目的

- ①サッカー教室運営、事務連絡
- ②今後のサッカー教室等の案内など
- ③前各号所定の事項に付随関連する事項の場合

個人情報の取り扱いについて同意致します。

署名

印