

↓回数をご記入ください。

# H26 第 回 サッカー教室 参加申込書

|              |                               |     |    |
|--------------|-------------------------------|-----|----|
| ふりがな         |                               |     |    |
| 氏名           |                               |     |    |
| 年齢<br>(学年)   |                               | 学校名 |    |
| 生年月日<br>(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

昨年度参加された方は、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)

## 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