

2019 サッカー教室 参加申込書

第 回(月 日)

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			

メールにて申込をしてください

プライバシーポリシー同意書

申し込みをされた方は、プライバシーポリシーに同意していただいたものとさせていただきます。
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