

fax:0972-22-5251 mail:hideppine@gmail.com 担当久保田迄

### 11/14(土)JFAドリームサッカー指導者クリニック参加申込票

所属チーム名	種 別	指導者名	電話番号
			自 ( ) 携 ( )
住所 〒	メールアドレス @		

所属チーム名	種 別	指導者名	電話番号
			自 ( ) 携 ( )
住所 〒	メールアドレス @		

所属チーム名	種 別	指導者名	電話番号
			自 ( ) 携 ( )
住所 〒	メールアドレス @		

所属チーム名	種 別	指導者名	電話番号
			自 ( ) 携 ( )
住所 〒	メールアドレス @		

所属チーム名	種 別	指導者名	電話番号
			自 ( ) 携 ( )
住所 〒	メールアドレス @		

**入場整理券(ドリーム抽選会抽選券)必要枚数 ⇒**

当日受付にてお渡しします。参加者及び同伴者の大まかな人数をお知らせくだ

枚
---

※必要に応じて増し刷りしてご使用ください。

**申込締切**

**10月16日(金)必着!!**