

オーシャンズ稲永フットサルナイトリーグ 参加申込書

令和6年11月23日（土・祝）18時30分～20時30分開催

ふりがな			
チーム名			
ふりがな		TEL	自宅 ( ) 携帯 ( )
代表者氏名		FAX	
代表者住所	〒 -		

		氏 名	性 別	年 齢
1	選 手		男・女・—	
2	選 手		男・女・—	
3	選 手		男・女・—	
4	選 手		男・女・—	
5	選 手		男・女・—	
6	選 手		男・女・—	
7	選 手		男・女・—	
8	選 手		男・女・—	
9	選 手		男・女・—	
10	選 手		男・女・—	

※本申込書に記載された個人情報は、本事業の開催事務以外の目的には使用しません。

申込先；稲永スポーツセンター 電話 052-384-0300 FAX052-384-0303