

広島ドラゴンフライズユースチームトライアウト参加申込書



記入日： 年 月 日

フリガナ				性別	
参加選手 氏名					
住所	〒 -				
電話番号					
保護者様 氏名					
保護者様 お電話番号					
メール アドレス					
生年月日	年	月	日	学年	年生

【保護者同意欄】

参加条件・費用等を把握の上、トライアウトの受験に同意します。

生徒名		保護者名		印
-----	--	------	--	---

【お申し込み】 本申込書を下記へ郵送、もしくはFAXにてお申し込みください。

〒730-0013 広島市中区八丁堀11-8 Fスペースビル7F
 株式会社広島ドラゴンフライズ U-15 CHAMPION CUP出場チームトライアウト係
 FAX: 082-555-8356