

参 加 申 込 書

チーム名	
参加人数	成人男性 _____人 成人女性 _____人 20歳未満 _____人 合計 _____人 ※ 人数は申込時での分かる範囲でご記入下さい
代表者氏名	
代表者連絡先	〒 _____ _____ TEL: _____ 携帯電話: _____ FAX: _____ e-mail: _____ _____

アルビレックス新潟フットサルリーグ～AUTUMN～

アルビレックス新潟サッカースクール
TEL:025-280-0011 FAX:025-280-0012
担当:久保内
E-mail:kubouchi@albirex.co.jp