

参 加 申 込 書

チーム名							
代表者氏名							
代表者連絡先	〒						
	TEL:						
	携帯電話:						
	FAX:						
	e-mail:						
参加希望日 (○をつけて下さい)	Bクラス	第1回(10月31日)		第2回(11月7日)		第3回(11月14日)	
		第4回(11月21日)					
	Aクラス	第1回(11月7日)		第2回(11月21日)			
	Cクラス	第1回(11月14日)					

アルビレックス新潟 SUNDAY FUTSAL CUP ～AUTUMN～