



アルビレックス新潟ジュニアユース セレクション係 行き

住所: 〒957-0101 新潟県北蒲原郡聖籠町東港1923-12

FAX: 025-257-5833

記入日 2010 年 月 日

アルビレックス新潟ジュニアユース セレクション申込書

フリガナ			生年月日	(西暦)	年齢	満	歳
氏名					年	月	日
セレクション 参加希望日	どちらかに ○をつけてください		【A】	・	【B】	【A】2010年9月12日(日) 【B】2010年9月13日(月)	
フリガナ							
住所	〒						
電話番号	自宅			緊急連絡先			
身長	cm	体重	kg	両親の身長	父	cm	
利き足	足	ポジション ※複数可		母	cm		
サッカー歴	年						
選抜歴 (トレセンなど)							
志望理由							
アルビレックス新潟サッカースクール在籍クラス名 ※該当者のみ							
現所属チーム名			連絡先 (電話番号)				
現所属チーム 代表者署名	(選手名)		のセレクション参加を認めます。				
	代表者		印	2010年	月	日	
保護者署名			印				

※上記の個人情報は、セレクションの運営および郵送以外には使用しないことを徹底し、厳正に管理・保管致します。

※FAXにてお申込みの方は、代表者様および保護者様の署名と捺印のある原本と、返信用封筒を、セレクション当日に必ずご持参ください。