



アルビレックス新潟U-15 2026年度新加入選手セレクション承諾書

セレクション当日までに記入の上、会場の受付スタッフへ原本をご提出ください。

記入日 2025年 月 日

選手	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	201 年 月 日 (満 歳)	
	現所属 チーム名		

保護者	氏名		印
	連絡先 電話番号		

現所属チーム 代表者	(以下へ選手名をご記入ください)		
	のセレクション参加を認めます。		
	記入日	2025 年 月 日	
	代表者名		印

■個人情報について

セレクションにおける参加者管理・案内の送付・緊急連絡・傷害保険や情報の発信を目的として、株式会社アルビレックス新潟にて適切に管理いたします。

■お問い合わせ

株式会社アルビレックス新潟 強化本部 育成部

アルビレックス新潟U-15セレクション係 (担当: 星)

受付時間 : 13:00~17:30 ※火~金のみ

電話 : 080-8758-8795 / FAX : 025-250-7068 / E-mail : academy@albirex.co.jp