

名古屋グランパス サマークリニック/応募用紙

郵送先：〒470-0203 愛知県みよし市三好丘旭 5-1-3 名古屋グランパス スクール事務局 宛
FAX 送付先：0561-36-4456 ※全て記入、もしくは○でマークして下さい。

学年	小1 ・ 小2 ・ 小3
参加希望者氏名	フリガナ 性別 男 ・ 女
生年月日	※西暦でお書き下さい 年 月 日
学年・学校名	小学（ ）年生 / （ ）小学校
サッカー経験	1. なし 2. あり（ ）年 現所属チーム（ ）
保護者氏名	フリガナ 続 柄（ ）
住所	〒
連絡先（自宅）	TEL（ ） - FAX（ ） -
保護者携帯電話	- - （父・母・その他 ）
E-mail（お持ちの方のみ）	（携帯電話不可）
グランパス スクールへの在籍 （在籍している方のみ○マーク）	（三好 ・ 豊田 ・ 瑞穂 ・ 港 ・ 春日井 ・ WEST ・ 北 ・ 岡崎 ・ 金山 ・ 豊橋 ・ 岡崎南）スクール 現学年（小1 ・ 小2 ・ 小3）
質問事項等	
以下のアンケートにお答え下さい。 Q、サマークリニックについて、何を見て知りましたか？（該当のものを○で囲み下さい・複数可） ・名古屋グランパス公式サイト ・試合会場 ・ファン感謝デーチラシ ・知人の紹介 ・その他（ ）	

グランパスサマークリニック参加希望者より提出されます「個人情報」は、個人情報保護法その他の関連法令の理念に則り、サマークリニック受付業務以外には使用しないことを徹底し、厳正に管理・保管いたします。
又、当日の様子を撮影し、グランパス公式サイト、新聞記事等で紹介させていただきますのでご了承下さい。