名古屋グランパス　秋ガールズクリニック/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、もしくは〇でマークして下さい。

学年	小１　・　小２　・　小３　・　小４　・　小５　・　小６　・　中１　・　中２　・　中３
参加希望者氏名	フリガナ
生年月日	※西暦でお書き下さい 年　　月　　日
学校名	（　　）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）
参加日（〇をつける）	１０月１０日　・　１０月３１日
グランパス スクールへの在籍 （在籍している方のみ〇ﾏｰｸ）	（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
質問事項等	

以下のアンケートにお答え下さい。
Q，ガールズクリニックについて、何を見て知りましたか？（該当のものを〇で囲み下さい・複数可）
・名古屋グランパス公式サイト　・試合会場チラシ　・指導者からの案内　・サッカー教室
・知人の紹介　SNS（twitter　・　FACEBOOK　・　LINE）
・その他（　　）

グランパスガールズ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、ガールズ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頂きますのでご了承下さい。