

〆切 : 2016年3月18日(金)必着

ロアッソ熊本 ゴールキーパークリニック申込書

ふりがな		記入年月日		年	月	日
氏名		生年月日(西暦)		年	月	日
ふりがな						
住所	〒 -					
TEL(連絡先)	()					
所属小学校	小学校	身長/体重	cm / kg			
学年	年生	利き足				
所属チーム						

※この情報は、本スクールにのみ使用される情報であり、当クラブが第3者に開示・提供することはありません。

郵送先



ロアッソ熊本ゴールキーパーズスペシャルトレーニングスクール係

〒862-0954

熊本県熊本市中央区神水2丁目10-10 片岡ビル

TEL:096-283-1200 FAX:096-283-1300

roasso kumamoto

事務確認欄

事務確認欄