

参加承諾書

平成 27 年 月 日

八戸市サッカー協会
会長 伊藤 順悦 様

下記の選手が、平成 27 年度に実施される GK クリニックに参加することを承諾します。

所属チーム名 _____

学 年 _____ 年

選手氏名 _____

保護者署名 _____

電話番号 _____

※ 参加当日持参し、担当者（第三中 澁谷）に提出して下さい。

※ 練習中の怪我や緊急性を考慮し、電話番号はできれば携帯電話の番号を記入するようお願いいたします。なお、電話番号は GK クリニックの連絡以外には使用しません。