

フットサルクリニック申込書

平成 年 月 日

武雄市フットサル普及委員会
事務局長 大 曲 洋 一 様

団体名 _____

代表者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

フットサルクリニックを受講したいので、次のとおり申し込みます。

希望日時	第1希望 平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分 第2希望 平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分 第3希望 平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分
場 所	
参加予定人数	
受講対象者	
備 考	(特に希望される内容等があればご記入ください。)