ＲＥＳＣ U-１５　体験トレーニング　参加申込書

ＲＥＳＣ U-１５の体験トレーニングに参加します。

尚、体験トレーニング中に起こった事故・傷害についてはＲＥＳＣは一切の責任を

負わない事を承諾いたします。

保護者氏名　：　　印

フリガナ	
選手氏名	
生年月日	
住所	〒
電話番号／ＦＡＸ	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：
Ｅ－ｍａｉｌ ※携帯不可	
緊急連絡先	（持ち主：　　）
所属ジュニアチーム	（背番号　　／ポジション　　）
身長/体重	身長：　　体重：
トレセン歴	
小学校名	
進学先中学校名	

以下の設問にお答え下さい。

１）　ＲＥＳＣの体験トレーニングをどのように知られましたか？

２）　ＲＥＳＣ以外のチームにも体験など行かれましたか？（行く予定はありますか？）

チーム名：（複数回答可）

３）　ＲＥＳＣへの入会はどのように考えていますか？

入会予定　／	迷っている　／	体験しただけ
その他）		

体験参加日　：		担当　：	