

第7回 アビスパ福岡 視覚障害者サッカー チャリティイベント

■ サッカー教室参加申込書 ■

チーム名:() 代表者:() 申込日: 2010年 月 日
小学校:() ※チーム・個人どちらでも申込可能です。

番号	氏名	性別	年齢	学年	住所	電話番号
1		男・女	才	年		
2		男・女	才	年		
3		男・女	才	年		
4		男・女	才	年		
5		男・女	才	年		
6		男・女	才	年		
7		男・女	才	年		
8		男・女	才	年		
9		男・女	才	年		
10		男・女	才	年		
11		男・女	才	年		
12		男・女	才	年		
13		男・女	才	年		
14		男・女	才	年		
15		男・女	才	年		
16		男・女	才	年		
17		男・女	才	年		
18		男・女	才	年		
19		男・女	才	年		
20		男・女	才	年		