

e-mail academy@avispa.co.jp

FAX **092-674-3022**

2017第2回アビスパ福岡アカデミーカップU-10大会 予選大会 参加申込書

チーム名			
所在地	〒		
代表者		携帯	
TEL		FAX	
e-mail			
参加希望日	希望する日程に○印をご記入ください。いずれの日も参加可能の場合は、両日に○印をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 6月10日(土) <input type="checkbox"/> 6月17日(土)		

大会参加に関して、以下のことを了承します。

- ・大会参加の可否、ならびに組合せは、大会事務局の決定に従います。
- ・上位4チームに入った場合、本大会出場の権利を有するとともに参加の義務を負います。
- ・主催者、もしくは主催者が許可したメディア、写真撮影企業によって撮影された写真、チーム名、選手、スタッフ名を含む文書が新聞、雑誌、パンフレット及び関連HP、SNS等に公開されることがあります。上記取り扱いについて了承するものとします。

代表者 署名

--

今回いただいた個人情報、目的以外に使用することはありません。

連絡事項	<p>プレ大会参加チームへは、5月21日(日)までに大会事務局よりご連絡します。</p> <p>《大会参加チームへの連絡事項》 大会当日、開会式は行いません。 自チームの試合に合わせて集合してください。 大会参加費は、下記口座へ6月1日(木)～6月8日(木)迄の間に下記口座へお振り込みください。 ※ご依頼人欄には必ずチーム名のご記入をお願いします。</p> <p>【振込先】福岡銀行 本店 普通 2899989 アビスパ福岡株式会社</p>
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------