

# F A X専用

## コレーガサッカークラブ体験申込書

送信先 FAX番号 03-5241-3288

年 月 日

体験者氏名	
小学校	小学校
学 年	年生
年 齢	歳
住 所	〒 —
電話番号	— —
F A X 番号	— —
携帯番号	— —
メールアドレス	
保護者氏名	
希望曜日	低学年（水・土）／高学年（火・木・土）
備 考	

※担当者からご連絡いたします。

