

申し込み日 平成23年 月 日

FCラルクヴェール千葉ジュニアユース体験練習会

担当：有働 宛

選手氏名 : _____

所属チーム : _____

ポジション : _____

住所 : _____

保護者氏名 : _____

保護者連絡先 : _____

参加希望日 : 9/30 10/7 10/14 ※丸で囲む(複数選択可)

進路希望調査【来年度入団を希望しているチーム名(学校名でも可)を記入してください】

第一希望 : _____

第二希望 : _____

第三希望 : _____

【申し込み先】

FAXの場合 043-265-3788

E-Mailの場合 larcvert@hotmail.co.jp



FC L'ARCVERT CHIBA