

一般社団法人京都府サッカー協会
第4回 スポーツ医学セミナー 参加申込書

フリガナ 氏名	
性別	男 ・ 女
年齢	歳
連絡先	TEL（日中に連絡が取れる番号をご記入願います）
	FAX
	E-Mail
当てはまるものに○印をご記入ください	
選手 ・ 保護者 ・ チーム代表者 ・ 指導者 ・ トレーナー 学校関係者 ・ 医療従事者 ・ サッカー協会関係者	
その他（ ）	

* 今回取得する個人情報は、当事業以外には使用しません。