

☆株式会社エルプエンテ主催☆  
ゴールキーパー・ストライカークリニック申込書

参加者氏名									
	姓	名	性別・生年月日						
フリガナ			男・女	西暦	年	月	日	歳	
名前			学年		所属チーム名				
ポジション（どちらかを○で囲ってください）			ゴールキーパー ・ フィールドプレイヤー						
保護者氏名									
	姓	名							
フリガナ									
名前									
住所（郵便や宅急便が届くように正確にご記入下さい）									
郵便番号			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			都 道 市		府 県 区	
TEL			携帯電話 (緊急連絡先)				FAX		
e-mailアドレス(携帯メール可)									
									@
<p style="text-align: center;">※ご連絡は基本的にメールで行います。 ドメイン設定などでメールが届かない方がいらっしゃいます。事務局からのメール(info@elpuente.jp)が受信できるよう設定してください。</p>									
日程					開催場所				
クリニック	7月19日(木) 15:00～17:00			夢の島競技場		住 所: 〒136-0081 江東区夢の島1-1-2 夢の島陸上競技場内			
<p style="text-align: center;">※参加人数には定員がございます。先着順で参加者を確定させていただきますが、参加希望の日程に沿えない場合がございます。 その際は事務局よりご連絡させていただきますので、予めご了承くださいませようよろしくお願いいたします。</p>									
詳 細									
料 金		<p style="text-align: center;">参加費：一般 5,000円 江東区民 4,000円</p>							
参加に必要な物: スパイク、ボール、すね当て、ドリンク									
支払い方法		<p style="text-align: center;">【払込先】 新生銀行 本店 普通6262094 株式会社エルプエンテ</p> <p style="text-align: center;">お振込手数料は各自でご負担くださいますようお願いいたします</p>							
		<p style="text-align: center;">本お申し込み書は仮登録の申し込みとなります。受付確認後、こちらから受付完了のご連絡を致します。 本登録に関しましてはお振込の確認ができた時点で正式な受付完了と致します。 期日までにお振込が確認できない場合、申込が取り消される場合がございますのでご注意ください。 尚、受付完了後のキャンセルに関しましての返金は致しませんのでご了承ください。</p>							
お支払い期限		<p style="text-align: center;">7月15日までに振込下さい</p> <p style="text-align: center;">ご入金を確認できない場合、キャンセル待ちの方を優先させていただく場合がございます。予めご了承ください。</p>							
その他									

申 込 方 法	FAXにてお申し込みの場合	指定用紙に必要事項を記入の上、事務局までFAX FAX番号: 03-6383-3774
	メールにてお申し込みの場合	申込用紙にある必要事項を入力した上、事務局までメール メールアドレス: info@elpuente.jp
	郵送にてお申し込みの場合	指定用紙に必要事項を記入の上、事務局まで郵送 〒134-0087 東京都江戸川区清新町1-1-35-802 株式会社エルプエンテ ジョアン・キャンプ事務局宛