堺整形外科杯　第16回福岡県(U-15)サッカーリーグ

**参 加 希 望 調 査**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2024リーグに、　　　　　 　新規参加　　 　　　します  該当するものを○で囲んでください。 | | | |
| チーム名 |  | | |
| チーム代表者名 |  | | |
|  | | | |
| 2023年　所属リーグ | | なし | |
| チーム連絡先 | | | |
| 氏　　名 | | |  |
| 住所（郵便が届くもの） | | | 〒 - |
| 電話番号(携帯電話) | | |  |
| 携帯電話メールアドレス（必須） | | |  |
| パソコンメールアドレス  （必須）  複数希望する場合は、②③欄にも記入してください。 | | |  |
|  |
|  |

※　今後の連絡のために、随時連絡可能な携帯電話及びパソコンのメールアドレスをご記入ください。

注：提出後の変更は基本的には認めませんのでご注意ください。

【提出先】

E-MAIL teshima@giravanz.jp ⇒ 本紙を添付データとして送信してください。

**（新規チーム）申込締切：令和5年12月24日（日）必着**