

レーザークリニック

参加申込書

会員登録番号

JSAF番号

「 8 」月「 福井 若狭和田マリーナ 」開催のレーザークリニックへの参加を希望します。

参加クラス	スタンダード or ラジアル		
* 参加希望クラスを○で囲んでください。			氏名
所属			フリガナ
生年月日	年 月 日 歳		ローマ字
現住所	〒		
	フリガナ:		
	電話:	FAX:	
	携帯電話:	E-mail @	
緊急時の連絡先	電話:	本人との関係	
保護者 (18歳以下の場合)	氏名:	本人との関係	
	住所、電話(現住所と異なる場合) 〒		
学校名	〒		
	学校名:	(学年 年生)	
	フリガナ		
	電話:	FAX:	

レーザーセーリング歴	年	
大会成績記載欄		

* 大会成績および現在のセーリング可能風域を記載してください。

スポーツくじ



私たちはスポーツ振興くじ
助成を受けています。