

レーザークリニック4.7クラス 江ノ島

参加申込書

12月 22-23日 開催のレーザークリニック 4.7クラス
江ノ島への参加を希望します。

会員登録番号
JSAF番号

参加クラス	4.7	
* 参加希望クラスを○で囲んでください。		
所属		氏名
生年月日	年 月 日 歳	フリガナ
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:
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。