

レーザークリニック鹿児島

参加申込書

1月 12-13日 開催のレーザークリニック
鹿児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, ラジアル		
* 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	〒		ローマ字
	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。

備考	
----	--

* 14日鹿児島県連主催 自主レースに参加希望の場合は備考欄に記載してください。