

# 日本レーザークラス協会

## クリニック参加申込書

いづれかに○を記載

① 2月22-23日 or ② 3月15-16日

会員登録	番号

所属	
生年月日	年 月 日 歳

氏名	
フリガナ	
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:

性別	
身長	cm
体重	kg
血液型(RH)	
血液型(ABO)	
セーリング歴	年

主なレース経歴	
年	レース名、開催地、(順位)