

2009年度 神奈川県CJY(U-15)サッカーリーグ 参加申込書
 ・以下の内容で、参加を申し込みます。

フリガナ			
チーム名			
第一連絡先	氏名	フリガナ	
	名称: 自宅・勤務先()・その他()		
	〒:	住所:	
	TEL:	FAX:	
	Eメール:	携帯電話:	
第二連絡先	氏名	フリガナ	
	TEL:	FAX:	
	Eメール:	携帯電話:	
審判員 【有資格者】	氏名	(級)	
	TEL:	携帯電話:	
審判員 【有資格者】	氏名	(級)	
	TEL:	携帯電話:	
合同チーム申請	有	無	合同するチーム

※有資格者の審判員を、1名以上記載してください。(主として当日、試合会場で審判を行う人を記載する)

申込期限 : 2009年9月20日(日)

申込先 : FAX 045(438)8506

神奈川県CJYサッカー連盟
 事務局 中野 泰延