第１回静岡県大学・専門学校フットサルリーグ

参 加 申 し 込 み 用 紙

チーム名	
学　校　名	
連絡者氏名	
連絡者住所	〒
連絡者電話	
連絡者ＦＡＸ	
連絡者携帯電話	

【プライバシーポリシー】

（財）静岡県サッカー協会フットサル委員会はこの大会の申込書において取得する個人情報について、大会運営および参加チームへの連絡の目的以外には使用しないことを徹底し、第三者への漏洩が無いよう厳正なる管理のもと保管いたしますので、ご承諾ください。

◆上記のプライバシーポリシーに同意いたします。

同意年月日：平成＿＿年＿＿月＿＿日　　ご本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※申込書ＦＡＸ送付先　　０５３－４４２－３１６５　（松下宛）

☆ＦＡＸにて申し込みをお願いします。　ＦＡＸ締切日　4 月 30 日

☆問合せ先　　松下　090－5634－3500

★応募チーム数により大会運営方式の変更がありますのでご了承ください。