

顧客番号			
ふりがな			背番号
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		写 真 (添付不要) ※コラソンで撮影します。
生年月日	(西暦)	年 月 日	
保護者氏名			
住所	〒		
TEL	() -	FAX	() -
Eメール	()		
()に所有者を記入	()		
	() @		
携帯電話	() - -		
()に所有者を記入	() - -		
	() - -		
学校名/学年	学校名(幼稚園・保育園)		学年(年長・年中)/組
血液型 (分かる方のみ)	<input type="checkbox"/> A型	<input type="checkbox"/> B型	<input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型
健康状態(持病など)	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> その他 持病や注意	(詳細)
コース	幼児	<input type="checkbox"/> 週1回(小学生)	<input type="checkbox"/> インファンチル(中学生)
	<input type="checkbox"/> 週1 <input type="checkbox"/> 週2	<input type="checkbox"/> 週2回(小学生) <input type="checkbox"/> プレミリン(小学3,4年) <input type="checkbox"/> ミリン(小学5,6年)	<input type="checkbox"/> バス利用あり <input type="checkbox"/> バス利用なし
バス乗降場所 ※バス表をご参照の上ご記入ください			
家族構成			
	氏名	本人との関係	職業等
連絡欄:			

個人情報開示同意書

本書は、下記の目的のために使用します。

- ①(財)日本サッカー協会、(社)神奈川県サッカー協会等の登録に使用。
- ②FCコラソン連絡用として使用。

上記目的に使用することを同意する。