

横浜市立大学柔道教室参加申込書

横浜柔道錬成会 会長殿

私は、横浜市立大学柔道教室への参加を申し込みます。

申込日	年 月 日			
フリガナ		性別	自宅住所	〒 TEL FAX E-mail: 携帯電話: 柔道経験者の方：経験年月 年 月 有段者の方： 段（昇段年月日)
氏名		男・女		
生年月日	昭・平・令 年 月 日生			
緊急連絡者名		緊急連絡者住所		〒 TEL FAX E-mail: 携帯電話:

※横浜市立大学柔道教室参加希望の方は、上記の枠内を記入し、PDF にして下記の Email アドレスに送信するか、あるいは、下記の FAX 送信先へ FAX して下さい。

※ご提供いただいた個人情報は当教室活動以外の用途には使用いたしません。

※緊急連絡者は、18 歳未満の参加者の保護者の方、あるいは成人参加者にあつては緊急事態が発生した際に第一に連絡すべき方です。

※申込書を複数枚必要な方は、この申込書をコピーして使用して下さい。

※申込書到着後、慎重に選考させていただいた上で、参加の可否、参加方法の詳細をお知らせします。

連絡に使用しますので、上記の E-mail アドレス、携帯電話番号の記入をお願いいたします。

Email 送信先: shigela2h@yahoo.co.jp (1,2 は数字です)

FAX 送信先: 045-911-7117

問い合わせ先：根上茂治（横浜柔道錬成会会長）

センター北 ねがみクリニック

〒224-0003 横浜市都筑区中川中央 1-33-19

電話 045-911-7111 FAX 045-911-7117

Email: shigela2h@yahoo.co.jp