（一社）愛媛県サッカー協会　御中

〜「愛顔つなぐえひめ大会」に向けた指導者研修会　参加申込書～

標記の指導者研修会に　**参加 ・ 不参加**　します。　（どちらかを○で囲む）

　※下記の表にも○印か×印を記入してください

参加種別：　・指導者　　・選手　　（どちらかを○で囲む）

参加者氏名：

住　所：〒

電話番号（携帯電話）：

保有資格（指導者のみ）：（JFA公認C級など）

■安全のため、下記の記入をお願いします。

※ご記入頂いた個人情報は他には使用いたしません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生年月日（西暦でお願いします）　：　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳） | | | |
| 所属チーム名　： | | | |
| 職場又は学校名： | | | |
| 上記連絡先（電話番号と担当者名）： | | | |
| 身長: 　　　 cm | 体重：　　　　 kg | 平熱：　　　　 ℃ | 血液型：　　　 型 |
| 持病：　有り　・　無し | | 持病名： | |
| 常時服用薬名： | | | |
| 発作の有無　：　　有り・たまに有り・ほとんど無し・無し | | | |
| 発作時の対応： | | | |
| 現在の怪我　： | | | |

標記の指導者研修に参加することを承諾します。

期間中に引率コーチ陣は細心の注意を図りますが、万が一、予測出来ない事故等にあった場合、主催者に対して責任を問わないと誓約いたします。

氏　名（未成年は保護者）：

住　所：〒

緊急連絡先電話番号：