

新潟アルビレックスBB U15 トライアウト参加同意書 申込日 年 月 日

2024(令和6)年4月1日現在

フリガナ			
申込者氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 (満 歳)
住所			
TEL		緊急連絡先	
E-Mail			
身長	cm	体重	kg
学校名・学年			

プレー歴 ※過去に所属したチーム及び戦績・受賞歴・ポジション

所属期間	所属チーム	主な戦績	ポジション
2000年4月～2001年3月	アルビスクール	〇〇大会優勝・MVP	ガード

同意書

チェック欄

	怪我・事故等に関し、応急処置は行いますが一切の責任を負えませんので各自で保険に加入の上、参加することを承諾します。
	参加中に撮影する写真、動画などは各種メディアや新潟アルビレックスBB公式SNSアカウントに公表される場合がございます。あらかじめご了承ください。
	参加中のビデオ撮影または、写真撮影はご遠慮ください。
	現在、地域クラブや部活動、ミニバスに所属している場合、その責任者、または、コーチより、トライアウト参加の旨を承知しています。

申込者氏名

保護者氏名

印