

# 高知県障がい者サッカーフェスティバル参加申込書

代表者(または保護者名):					
代表者(または保護者)住所:					
TEL/携帯:					
	氏名	学年	ふりがな	学校名	障がい種
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

連絡事項(配慮が必要な事項がありましたら、ご記入願います)
-------------------------------

(申込先)一般社団法人高知県サッカー協会 FAX :088-872-1151/E-mail:kochi_kfa@yahoo.co.jp
--

