



FAX 042-708-2723



2016年度 FC町田ゼルビアユースセレクション申込書

氏名	(フリガナ)	生年月日	
	(漢字)	年	月 日
住所	〒 -		
電話番号	() -	身長	血液型
	携帯電話	cm	型
FAX		体重	利き足
		kg	
在籍学校名			
現所属チーム名			
所属チーム歴			
トレセン・代表歴			
ポジション	希望ポジションを○で囲ってください。 * ゲーム形式の際ご希望どおりにいかない場合がございますのでご了承ください。		

第一希望

	FW	FW		
MF	MF	MF	MF	
DF	DF	DF	DF	
		GK		

第二希望

	FW	FW		
MF	MF	MF	MF	
DF	DF	DF	DF	
		GK		

セレクションに参加することに同意します ※必ず捺印をお願いします	保護者	印
	チーム代表者	印

セレクション日	参加日を○で囲ってください。	
	①7月2日(木)	② 7月3日(金)

自己PR	
------	--