



FAX 042-708-2723



2017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(本人)	身長(父親)	身長(母親)
	携帯電話	cm	cm	cm
FAX		体重	血液型	利き足
		kg	型	
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。	
	①6月30日(木)	② 7月1日(金)

自己PR	
------	--