



FC.RealCorrida Soccer Club 入会申込書

平成 年 月 日

ふりがな 本人氏名				連絡先	自宅/FAX
生年月日	西暦 (年) 学年 (年) 月 日				携帯
住 所	〒				携帯電話メールアドレス
					パソコンメールアドレス
学校名	小学校			所属 チーム名	
身長	cm	体重	kg	血液型	型 (R h)

希望コース	週 1 回 (火曜日・金曜日) ・ 週 2 回 (火曜日・金曜日)
-------	-----------------------------------

保護者氏名		
住 所	〒	
連絡先	携帯	緊急連絡先

FCリアルコリーダ・サッカークラブへの入会を申し込みます。
入会にあたり、FC.RealCorrida Soccer Club 規約を遵守します。

西暦 年 月 日

保護者氏名 : _____ ⑩

電話	名簿	経理	保険	登録

健康状態報告書

氏名		生年月日	平成	年	月	日
住所				連絡先(Tel)		
血液型	A B AB O	RH (+ -)	性別	男	女	

※「はい」と答えた場合は、右欄に医療機関名を記入してください。

				医療機関名
現在の健康状態	1	病気やケガで医師の治療や指導を受けている。	はい・いいえ	
	2	病気やケガのため診療・検査等を進められている。	はい・いいえ	
	3	持病がありますか。 「はい」と答えた方(傷病名)	はい・いいえ	
過去5年以内の健康状態	下記の病気やケガで7日以上の治療を受けたことがありますか。			
	4	心臓・血圧・血管の病気 「はい」と答えた方(傷病名)	はい・いいえ	
	5	肺・気管支の病気 「はい」と答えた方(傷病名)	はい・いいえ	
	6	目・耳・鼻の病気 「はい」と答えた方(傷病名)	はい・いいえ	
	7	上記以外の病気又はケガ等 「はい」と答えた方(傷病名)	はい・いいえ	
その他	8			

※注意してほしいことや要望等があれば記入してください。

○個人情報の利用及び提供について
会員の個人情報の利用につきましては、本来の目的の範囲を超えて使用することはありません。(会員が指名された以外の第三者に提供することはありません。)