2022年 第1回　松井　功　新宝塚ジュニアクリニック

参加申込書

※下記事項をご記入のうえ、郵送またはＦＡＸにてお申込みください。
※定員になり次第締め切りとなりますのでお早めにお申し込みください。

◆申し込み先：新宝塚カントリークラブ
〒669-1241　兵庫県宝塚市切畑字検見1-2
ＴＥＬ：0797-91-0241　　ＦＡＸ：0797-91-0930

ふりがな		
参加者氏名		
生年月日	年　　月　　日　生（　　才）男・女	
学校名	学校	年生
住所	〒　　－	
電話番号	（　　）	
保護者氏名		
緊急連絡先	（　　）	
ゴルフ経験	あり　（平均スコア　　・経験　　年）	なし
貸クラブ ※経験者のみ記入	必要　（身長　　cm）	不要
保護者昼食	申込む（　　名）　・　申し込まない	

※ゴルフ経験がない場合はスナッグゴルフによるレッスンになります
ジュニアクリニック参加にあたり、規則を守ることを誓約し、受講中の不測の事故等については、全て参加者本人の責任とし、その他、貴クラブに対する損害を及ぼした場合には、親権者が全て保障することに同意の上、上記のとおり参加を申し込みます。

親権者	印	参加者との続柄	

※参加者・付添いの者のサンダル・Tシャツでの来場はご遠慮ください。