

参 加 同 意 書

ふ り が な	
参 加 者 名	
生 年 月 日	年 月 日生 (男・女) 歳
学 校 名	
健 康 状 態	
備 考 (特記事項などがありましたら記入してください)	

上記の者が、令和6年度ステップアップ教室に参加することに同意します。

保護者氏名



住 所

電 話

年 月 日

公益財団法人 石狩市スポーツ協会
会 長 矢 藤 良 雄 様