



代表者の方は、別紙登録申込書の記入をお願いします。

団体名	
代表者名	

【注1】代表者以外の方をご記入ください。

【注2】20歳未満の方は、保護者同意書も提出ください。

No.	フリガナ	生年月日	性別	電話番号 (日中連絡の取れる番号)	個人情報の 県への提供
	氏名				
例	カシマ タロウ	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 男	電話 0299-82-2911	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する
	鹿嶋 太郎	30年 9月 30日	<input type="checkbox"/> 女	携帯 090-1111-1111	<input type="checkbox"/> 同意しない
1		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
2		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
3		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
4		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
5		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
6		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
7		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
8		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
9		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない
10		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男	電話	<input type="checkbox"/> 同意する
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	携帯	<input type="checkbox"/> 同意しない



【注3】欄が不足する場合は、コピーしてご使用ください。