

# アルビレックス新潟ジュニア レーシング クリニック 参加申込書

## 免責同意に関するご案内

レーシングクリニック参加に際して起こった死亡・負傷その他事故、及び損失・損害については、主催者・後援及び協賛社、本イベントの関係者に対して、いかなる責任も追及しません。損害賠償も要求しないことを誓約致します。

また、イベント期間中の私の肖像権(写真・ビデオ)等の全てはイベント主催者に帰属するものとし、すべてを報酬なしで使用する権利を主催者に委ねることに同意致します。

以上の保護者の承諾及び免責同意された希望者のみ、お申込ください。

開催日時	各開催日	AM9:00 ~ PM16:00
集合場所	各開催地	AM8:30 ~ 特設受付テント前集合
参加料	3,000円	(県内の小3 ~ 高3・リフト券無し)
定員	50名	先着順の定員になり次第締め切り
競技種目	GS	種目に合ったご準備を!

参加ご希望会場を で囲んでください

下越会場	中越会場	上越会場
------	------	------

参加者 **注1)学年の区分はH20年1月1日在籍学年を基準にいたします。**

フリガナ			学校または		
参加者氏名			所属クラブ		
生年月日	S · H	年	月	日	
性別	男 · 女	年齢	歳	(学 年)	年生 (注1:参考)
住 所	〒		電話番号		
			FAX		
保護者氏名			緊急連絡先	様方	
E-mail			電話番号		

\*アドレスは明確にご記入ください。

## 申込方法・締め切り

申込用紙に必要な事項をご記入の上、送付先まで、FAXにてお申込ください。

**締め切りは、開催日前日午後13:00までの先着順を優先とし、定員になり次第締め切りさせていただきます。**

締め切り後の申込の有った場合は担当者から、返送させていただきますので、予めご了承ください。

## 参加料の支払い方法

申込を完了された方は当日会場受付にて、ピブと引き換えにお支払ください。  
(おつりの無いようにご協力ください。)

## お問い合わせ先

株式会社チームアルビレックス イベント事業部 担当 酒 井

〒940-0061 新潟県長岡市城内町2丁目5-3

TEL: 0258-33-0305

FAX: 0258-36-3795

<http://www.team-albrex.com>

[info@team-albirex.com](mailto:info@team-albirex.com)

送付先

# FAX 0258-36-3795