

イベント参加同意書

高校生 交流射会（全国で活躍する選手と一緒に弓を引いてみよう！！）へ

参加することに同意いたします

ふりがな	
参加者氏名	
参加者生年月日	
学校名	
保護者氏名	印
緊急連絡先	

※必ず保護者の自筆でご記入下さい。

署名年月日 令和 年 月 日

「個人情報保護法」に基づき、皆様よりご提供いただきました個人情報は本イベントでのみの利用目的とし適切に取り扱います。

石川県弓道連盟 強化部