

# サンフレッチェくびきサッカー学校

## 復帰届

届出日                    年                    月                    日

---

スクール生氏名		学年	
日中ご連絡先			

復帰期間	年                    月～
コース選択 (○をつけてください)	週2 ・ 週1(月) ・ 週1(木) ・ キッズ(木) ・ おとな
復帰理由	

確認後、✓をお願いいたします。

復帰を希望される場合は、前月末までに事務局にご連絡ください。

月途中から復帰の場合も、月会費は満額引落させていただきますので、ご了承ください。

以上の確認事項に同意いたしました。

保護者サイン

印

**【提出方法】**

担当コーチにお渡しください。

**【提出先】**

サンフレッチェくびきサッカー学校事務局  
〒693-0058 島根県出雲市矢野町924-1  
TEL/FAX 0853-21-7891(平日10時～17時)

事務局使用欄

受理日	年	月	日	受理印	確認
金融機関	JA		合銀		スクールメール スポーツ保険
預金者					
コース	週1		週2		