

令和 6 年 月 日

橘学苑高等学校 校長 様

保護者氏名

印

同意書

貴校が実施する サッカー部 GK クリニック において、下記の生徒が GK クリニック（実技）に参加することを同意します。

中学校名

生徒氏名

※当日この用紙を必ずご持参ください。