

年 月 日

LDH martial arts 御中

親権者同意書

●契約申込者

申込者	印		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

●保護者

法定代理人 (親権者)		続柄	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

私は申込者が株式会社LDH martial artsが運営するトレーニングスタジオEXFIGHTへ

入会する事を同意し認めます。 署名： _____ 印