

休 会 届

EDOGAWA FUTSAL ACADEMY

_____クラス

氏 名 _____

休会理由

休会期間（申請） _____年 _____月 _____日より

上記理由により、休会を申し出いたします。

申請日 平成 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____

印

* 定員数確保のため 1 カ月につき ¥2,000 - 必要となります。

休会事務手数料 ¥ 2,000 -

担当者受付 _____