

令和元年度 バスケットボール普及事業
NOSHIROバスケットボールフェスタ
クリニック参加申込書

【チーム代表者】

代表者氏名（申込責任者）			
代表者連絡先 [携帯]	TEL	[— —]
チーム名 [学校名]	[小学校]		
FAXまたはメール	FAX	E-mail	
緊急時連絡先 [携帯]	TEL	[— —]

【クリニック・参加者】

No.	ふりがな 氏 名	学年	性別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

No.	ふりがな 氏 名	学年	性別
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

※参加申込書が不足の場合はコピー可です。同様に記載した名簿でも可です。 **申込締切:8月13日(火)**

【担当/NPO法人能代市体育協会 事務局 高橋・本郷 TEL 54-3607・FAX 52-0359】