

平成29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] | | |
| F A X 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】 [対象:概ね4年生以上]

| 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。