

平成30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】 [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。