

ジュニア・アスリート育成事業
ソフトテニス・クリニック
参加申込書

学校名・団体名			
顧問・代表者名		連絡先	

○参加者名簿

NO	名前	学校	年齢	男女	住所	連絡先
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

○引率者、指導者

NO	名前	年齢	男女	住所	連絡先
1					
2					
3					
4					
5					

※参加申し込みが足りない場合はコピー可（同様の様式の別紙でもかまいません）

《お申込・お問い合わせ先》

NPO法人能代市体育協会 担当：工藤、高坂

FAX：52-0359