



30th BASKETBALL



event

◆希望クラス◆		(記号)	クラス			
◆チーム名◆ (アナウンスの際の呼び方を上記に記入)						
◆代表者の名前◆ (ABCDクラスは当日参加可能な保護者の氏名を記入)						
◆代表者連絡先(Tel)◆						
◆抽選結果の受取り先◆		Fax/		E-mail/		
チーム全員 4名以上 8名以下		氏名 (ふりがな)	生年月日	性別	競技歴	現在の活動
	1 (代表者)	-----	S/H . . .		年	
	2	-----	S/H . . .		年	
	3	-----	S/H . . .		年	
	4	-----	S/H . . .		年	
	5	-----	S/H . . .		年	
	6	-----	S/H . . .		年	
	7	-----	S/H . . .		年	
	8	-----	S/H . . .		年	

こちらを以下の方法で提出していただければ、申込み完了です。

◇FAX 078-796-1192 ◇E-mail ga-cup@katc98.com

当日の要項などのお知らせは、7月25日より上記連絡先へご連絡します。

受付日 / 担当者
