

平成24年8月31日(金) 兵庫ストークス バスケットボールクリニック

参 加 申 込 書

※当日7:00時点で警報が発令された場合は、中止とさせていただきます。

チーム名: _____ 代表者名: _____

代表者連絡先 〒

電話: _____ FAX: _____

緊急連絡先: _____

連絡が付きやすい手段 郵送 ・ FAX ・ 電話 (いずれかに○をつけてください)

※ 電話連絡をご希望の場合、連絡の付きやすい時間帯を欄外にご記入ください

参加メンバー

※3on3参加者は料金が 800 円→600 円になります。かならず記入欄に○をしてください。

番号	氏 名	性 別	学 年	生 年 月 日	3on3 参加
1		男・女		S/H	
2		男・女		S/H	
3		男・女		S/H	
4		男・女		S/H	
5		男・女		S/H	
6		男・女		S/H	
7		男・女		S/H	
8		男・女		S/H	
9		男・女		S/H	
10		男・女		S/H	

氏名・性別・生年月日は保険手続き時に必要となりますので、正確にお知らせ下さい。