

R7 中学生バスケットボールサマークリニック申込書

※7/23（水）参加の可否をメールまたはFAXで通知予定です。必ずご確認ください。

学校名	中学校		
申込責任者	(ふりがな) 氏名		
	電話番号		
	FAX		
	メールアドレス <small>※メールでの連絡が可能な方のみ</small>		

申込人数

1年生男子	1年生女子	2年生男子	2年生女子
人	人	人	人
合計			
人	※申込者詳細を、別紙申込者名簿へご記入願います。		

当日引率者（予定） ※引率は必須ではありません。

学校関係者の引率	保護者の引率
有 ・ 無 ・ 未定	有 ・ 無 ・ 未定

当日の質疑応答について

スムーズな運営のため、生徒さんが日々抱えている疑問や悩みがある場合は、事前にお聞かせください。

（例）チームで練習する時間があまり多くないのですが、チーム練習以外にこういったことをすれば強くなれますか？

問い合わせ先

深川スポーツセンター

電話番号

担当者

3820-5881

藤崎

FAX 3820-5884

メール event_fukagawa@koto-hsc.or.jp

【別紙】 申込者名簿

クリニック開催中に撮影した写真・動画を広報等で使用することがあります。
撮影不可の生徒がいる場合は、名簿の撮影可否欄の【否】に○印をお願いします。
なお、アルバルク東京・東京ユナイテッドの広報等でも使用することがあります。

	氏名	1年	2年	撮影可否
1		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
2		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
3		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
4		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
5		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
6		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
7		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
8		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
9		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
10		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
11		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
12		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
13		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
14		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
15		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
16		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
17		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
18		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
19		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
20		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
21		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
22		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
23		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
24		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否
25		男 ・ 女	男 ・ 女	可 ・ 否