

帯北アンビシャス体験練習 申込書

ふ り が な			
氏 名		身長	体重
生 年 月 日	平成	(西暦19 年)	月 日()歳
学 校 名			
所属チーム名			
現 住 所 〒		TEL:	FAX:
雨天時の中止の際、連絡をとれる番号:			
参加希望日 第1希望 月 日(曜日)第2希望 日(曜日) (第1・2希望日を記入してください。) 帯北アンビシャス体験練習・見学に保護者の責任のもと注意事項等を了承し参加を申し込みします。 プライバシーポリシー同意書 ご記入いただきました個人情報について、帯北アンビシャス体験練習の事務連絡の目的において使用します。目的以外に使用しないことを徹底し、厳正なる管理のもとに保管します。 上記参加申し込みと、個人情報の取り扱いについてあわせて同意します。 参加選手保護者 氏 名 印 申込書送信先 TEL・FAX 0155 - 47 - 7176 (担当:曾我) メール katagiri@obihirokita.ac.jp (担当 片桐)			