

KAISEI BASKETBALL CLINIC

開星 バスケットボール クリニック

参加申込書

フリガナ
参加者氏名

在籍小学校

小学校

生年月日 西暦 年(平成 年) 月 日(才)

保護者氏名

〒□□□-□□□□

住所

電話番号() —

緊急時の連絡先() —

※ スポーツ保険の加入に必要なことがありますので、
上記の項目をすべて記入してください。