**平成３０年度　バスケットボール・クリニック一般の部参加申込　ＦＡＸ送信票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛　名 | Ｎａｍｅ | 船橋市立二和小学校  野 田　裕 介 | | | 宛 | Ｄａｔｅ | | |
| 平成３０年　　　月　　　日 | | |
| Ｆａｘ　ｎｕｍｂｅｒ | | ０４７－４４８－３４０２ | | | | | |
| Ｎｕｍｂｅｒ　ｏｆ　ｐａｇｅｓ（ｉｎｃｌｕｂｄｉｎｇ　ｔｈｉｓ　ｐａｇｅ） | | | | | １ | 枚（本票を含む） | | |
| Ｓｕｂｊｅｃｔ | | 平成３０年度　バスケットボール・クリニック参加申込 | | | | | の件について | |
| 連絡事項（Ｎｏｔｅｓ） | | | | | | | | |
| 氏名【　　　　　　　　　　　　　　　　】  **１　クリニック参加申込について**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **参　　　　　　　　加** | | | | **８月４日（土）** | **８月５日（日）** | **どちらでもよい** | |  |  |  | | **連絡先** | **☎　　　　　（　　　　　）** | |   ※　８月４日，５日とも、同じ内容のクリニックを予定しています。濃い内容のクリニックにしたいので、どちらか１日のみの参加をお願いします。  ※　参加の場合は「８月４日」・「５日」・「どちらでもよい」の欄のどれかに○印を記入してください。（後日、参加日をお知らせします。）  ※　参加費は１，０００円です。  【申し込み締め切り日】　　　　**平成３０年７月２日（月）**  ※　お忙しい中、誠に申し訳ございませんが、期日を守るようご協力ください。  なお、参加しないチームにおかれましても返事をいただきたいと思いますので必ず送信してください。よろしくお願いいたします。 | | | | | | | | |
| 発信者（Ｓｅｎｄｅｒ）  ＴＥＬ　０４７（　　　　）  ＦＡＸ　０４７（　　　　） | | | | 担当者氏名  Ｓｅｎｄｅｒ’ｓ　ｎａｍｅ | | | | 文書主任印  Ｓｔａｍｐ |