**令和元年度　バスケットボール・クリニック小学校の部参加申込　ＦＡＸ送信票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛　名 | Ｎａｍｅ | 船橋市立小栗原小学校  松 原　真 帆 | | | 宛 | Ｄａｔｅ | | |
| 令和元年　　　月　　　日 | | |
| Ｆａｘ　ｎｕｍｂｅｒ | | ０４７－３３４－４７０５ | | | | | |
| Ｎｕｍｂｅｒ　ｏｆ　ｐａｇｅｓ（ｉｎｃｌｕｂｄｉｎｇ　ｔｈｉｓ　ｐａｇｅ） | | | | | １ | 枚（本票を含む） | | |
| Ｓｕｂｊｅｃｔ | | 令和元年度　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） | | | | | | | | |
| チーム名【　　　　　　　　　　　　　　　　】  **１　クリニック参加申込について**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **参　　　　　　　　加** | | | **不参加** | | **８月３日（土）** | **８月４日（日）** | **どちらでもよい** | | **男子** |  |  |  |  | | **女子** |  |  |  |  | | **連絡責任者（　　　　　　　　　　　　）　　☎　　　　（　　　　）** | | | | |   ※　８月３日，４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３日」・「４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チーム４，０００円です。（冷房費２，０００円含む）  【申し込み締め切り日】　　　　**令和元年７月１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 |