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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛　名 | Ｎａｍｅ | 船橋市立宮本中学校  塙　達 士 | | | 宛 | Ｄａｔｅ | | |
| 令和元年　　　月　　　日 | | |
| Ｆａｘ　ｎｕｍｂｅｒ | | ０４７－４２２－８１２８ | | | | | |
| 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） | | | | | | | | |
| 【　　　　　　　　　　　　　】中学校  **１　クリニック参加申込について**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **不参加** | **８月１日（木）** | | **８月２日（金）** | | | **午　前** | **午　後** | **午　前** | **午　後** | | **男子** |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | **女子** |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   ※　午前中の欄には参加者の氏名を記入してください。午後の欄には○印をお付けください。  ※　参加の場合は、詳しく両日のご都合を記入してください。（原則として両日どちらかの参加で、午前と午後のどちらも参加するようお願いします。）  ※　両日とも午前は指導者のみ、午後は生徒参加のクリニックとなります。  ※　参加費は指導者一人２，０００円（冷房費１，０００円含む）、１チーム２，０００円（冷房費１，０００円含む）です。  【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 |