**日立リヴァーレ特別クリニック　参加申込用紙**

下記、必要事項をご記入のうえ**平成29年８月４日（金）**までに、

黒部市教育委員会スポーツ課へFAXまたはmailでお送り下さい。

申込日：　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所属チーム |  |
| 代表者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

**参加者名簿**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **学年** |  | **氏　名** | **学年** |
| **1** |  |  | **11** |  |  |
| **2** |  |  | **12** |  |  |
| **3** |  |  | **13** |  |  |
| **4** |  |  | **14** |  |  |
| **5** |  |  | **15** |  |  |
| **6** |  |  | **16** |  |  |
| **7** |  |  | **17** |  |  |
| **8** |  |  | **18** |  |  |
| **9** |  |  | **19** |  |  |
| **10** |  |  | **20** |  |  |

※当日は**９時１５分より　２階ロビー**にて受付を行います。

※各チームにて参加人数分の　**ボールを準備**ください。

【申込み・問合せ】

黒部市教育委員会スポーツ課 　〒938-0801　黒部市三日市1301

☎0765-54-2769　　FAX：0765-54-2702　mail：sports@city.kurobe.toyama.jp