

★ 江戸川中央シニア合同体験練習会 参加申込書 ★

下記記載内容における個人情報の取扱には十分配慮致しますのでご協力お願い致します

お申込日： 月 日

PAGE: /

ふりがな		住 所	〒
代表者氏名			
生年月日	年 月 日	参加人数	代表者、父母、兄弟など含む 名
TEL		FAX	
携帯電話等 当日連絡先		E-mail	
参加日	2025年 1月 19日 /		午前 9時～15時
自由欄：			

参 加 選 手 名

ふりがな		住 所	〒
氏 名			
TEL			
生年月日	年 月 日 (歳)	参加経験	今回初めて ・ 有り(経験回数 回)
チーム名		ポ ジ シ ョ ン	
ふりがな		住 所	〒
氏 名			
TEL		チーム名	
生年月日	年 月 日 (歳)	参加経験	今回初めて ・ 有り(経験回数 回)
チーム名		ポ ジ シ ョ ン	

体験練習時の安全管理におきましては万全を期しますが、万が一の際は当野球部加入保険は体験中は適用となりません。恐れ入りますが、保護者の方のご了承をお願いいたします。

年 月 日

上記内容を了承しました。(保護者氏名)

㊞

(㊞はサイン可)