令和３年６月１日

関係各位

船橋市バスケットボール協会

会　　長　　鈴　木　武　司

　　　令和３年度　船橋市バスケットボール・クリニック

　　　　　　　　　　　記念Ｔシャツの販売について（ご案内）

　　この度，令和３年度船橋市バスケットボール・クリニックを開催するにあたり，記念Ｔシャツの販売をいたします。

　　つきましては，各チームならびに指導者の皆様方に希望販売いたしますので，各チ－ムご相談の上，申し込みをお願いいたします。

　　なお，販売店の都合により，下記の期日までにＦＡＸにて申込書を送信してください。なお購入を希望しないチームもFAXにて送信をお願いいたします。

記

１　申込期日　　　　**令和３年６月２１日（月）必着**

２　申し込み先

八木が谷小学校

鈴木　雄飛　　ＦＡＸ　０４７－４４７－６７０９

３　代　金　　　　　２，３００円

※ 記念Ｔシャツの代金はクリニック当日に受付にてお支払いください。

※ クリニックに参加しないチームでも，Ｔシャツの購入を受け付けます。

**令和３年度バスケットボール・クリニック記念Ｔシャツ申込　ＦＡＸ送信票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛　名 | Ｎａｍｅ | 船橋市立八木が谷小学校  　　　鈴木　雄飛 | | | 宛 | Ｄａｔｅ | |
| 令和３年６月２１日必着 | |
| Ｆａｘ　ｎｕｍｂｅｒ | | ０４７－４４７－６７０９ | | | | |
| Ｎｕｍｂｅｒ　ｏｆ　ｐａｇｅｓ  （ｉｎｃｌｕｂｄｉｎｇ　ｔｈｉｓ　ｐａｇｅ） | | | | | １ | 枚（本票を含む） | |
| Ｓｕｂｊｅｃｔ | | バスケットボール・クリニック記念Ｔシャツ購入申込 | | | | | の件について |
| 連絡事項（Ｎｏｔｅｓ） | | | | | | | |
| 令和３年度　船橋市バスケットボール・クリニック  記念Ｔシャツ申込書  １　学校名（チーム名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男子　・　女子　）  ２　住　所  ３　担当者氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | サイズ | ３Ｓ | ２Ｓ | S | M | Ｌ | LＬ | ３Ｌ | 特注  （４L、５L等） | | 白 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | | 黒 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | | 合計 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 |   　　　☎　　　　　（　　　　　）  ４　代　金　　　　　　２,３００円  　※特注を注文する場合はサイズも併せて書いてください。（４L、５L等）  希望しない  合計枚数　　　　　　　　　枚  合計金額　　　　　　　　　円 | | | | | | | |
| 発信者（Ｓｅｎｄｅｒ）  ＴＥＬ　０４７（　　　　）  ＦＡＸ　０４７（　　　　） | | | | 担当者氏名  Ｓｅｎｄｅｒ’ｓ　ｎａｍｅ | | | 文書主任印  Ｓｔａｍｐ |