**平成３０年度　指導者クリニック参加申込（ミニ）　ＦＡＸ送信票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宛　名 | 　船橋市立小栗原小学校松原　真帆　 | 宛 | 平成３０年　７月　　日 |
| ＦＡＸ　０４７－３３４－４７０５ |
| １ | 枚（本票を含む） |
| 平成３０年度　船橋市バスケットボール協会　指導者クリニック参加申込 | の件について |
| 連絡事項（Ｎｏｔｅｓ） |
| チームまたは学校名【　　　　　　　　　　　　　】**１　参加　　,　　　不参加　　　　（どちらかに○印をつけてください）****２　クリニック参加者**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　　　名** | **氏　　　名** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

【申し込み締め切り日】　　　　**平成３０年７月２７日（金）**※　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ＴＥＬ　０４７（　　　　）ＦＡＸ　０４７（　　　　） | 担当者氏名 | 文書主任印 |