

ベースボールクリニック【エンジョイコース】申込書

- 団体名： _____ (フリガナ) _____
- 代表者氏名： _____ (フリガナ) _____
- 住所： 〒 _____
- 電話番号： — — (連絡が取れる番号でお願いします)
- 第1希望日： 令和 年 月 日
- 第2希望日： 令和 年 月 日
- 第3希望日： 令和 年 月 日
- 参加人数： _____ 名 【上限60名】
- 対象者： ・小学生 ・中学生 (○で囲んでください)
- 学年内訳 [_____]
- 会場名： _____
- 会場住所： _____
- 雨天会場： _____
- 雨天会場住所： _____
- ご要望： [_____]

