

## ベースボールクリニック【エキスパートコース】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40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： [ \_\_\_\_\_ ]

