**Basketball Clinic in Sapporo**  **参加申込書**

この参加申込書に必要事項を記載の上、６月５日（火）までに北海道立北見体育センター窓口へ直接または郵送（6月5日消印有効）にてご提出してください。上記以外の方法（ＦＡＸ及びメール等）では受付けいたしませんのでご留意ください。

クリニックの参加へは、保護者の同意が必要です、事業内容等をご承知の上、保護者印を捺印し、お申込み下さい。

なお、参加申込者の個人情報につきましては、本事業以外の用途には一切使用したしません。

また、次に記載する２つの事項をご確認の上、お申込ください。

**１　事前説明会（６月２７日（水）19時から道立北見体育センターで開催）に、本人と保護者が必ず参加できること。**

**２　参加が確定した場合、本事業に必ず参加できること。（病欠等は除きます）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | （フリガナ） | 性別 | 男　　・　　女 |
| 学校名 | 　　　　　　　　　中学校 |
| 生年月日平成　　　年　　　月　　　日　（　　才） | 学年 | 　　1年生　　・　　2年生 |
| 住所 | （〒　　　－　　　　　）　　　（市・町・村） | 身長・体重 | cm | kg |
| Tシャツサイズ | 　S　・　M　・　L　　・　LL |
| 参加希望理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 保　護　者　記　載　欄（必ず保護者の方がご記入ください） |
| 保護者氏名 | （フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 参加申込について同意された場合は、保護者印を捺印してください。 |
| 連絡先 | 自　宅 |  |
| 携　帯 |  |
| 健康状態 | （持病やアレルギーがあれば記載してください） |
|  |
|  |
|  |
|  |

問合せ先　 〒090-0061　北見市東陵町27番地　　公益財団法人北見市体育協会　担当：井上

　　　　　 　TEL：0157-23-3131　　　FAX：0157-23-3132　　　Mail：info@kitami-sports.com