

# 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11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11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）では受け付けいたしませんのでご注意ください。

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、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いたしません。

また、次に記載する5つの事項をご確認の上、お申込ください。

- 1 事前説明会（7月3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 道立北見体育センターまでの送迎【7/29日（7時30分）に集合、7/30日（18時程度）に解散】が可能なこと。
- 3 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）
- 4 応募多数の場合は抽選による選考となりますのでご理解願います。
- 5 昨年度の参加者は、申込受付できません。

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)	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)	参加申込みについて <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません *チェックを記入してください	
連絡先	自宅		
	携帯		
健康状態等	(持病やアレルギー、生活面等で主催者が留意すべき事項がありましたら記載してください)		

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