**公益財団法人北見市スポーツ協会スポーツ体験事業**

**レバンガ北海道 バスケットボールクリニック**  **参加申込書**

この参加申込書に必要事項を記載の上、7月28日（木）までに●北海道立北見体育センター窓口へ直接提出

●メール（[inoue@kitami-sports.com](mailto:inoue@kitami-sports.com)）、●郵送（7月28日を過ぎて到着の場合はお受けできませんので、余裕をもって郵送願います。）にてお申込みください。上記以外の方法（電話及びＦＡＸ等）では受付けいたしませんのでご留意ください。

応募多数の場合は、抽選となりますのでご了解願います。

クリニックの参加へは、保護者の同意が必要です。

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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | |
| **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  　□同意します　　□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 |  | | | |

申込・問合せ先

〒090-0061　北見市東陵町27番地　　公益財団法人北見市スポーツ協会　担当：井上　TEL：0157-23-3131