

V-mate project (2月 加茂市・三条市バレーボールクリニック) 参加申込書

学校名			
住所			
TEL番号 Fax番号	TEL番号	Fax番号	
学校メールアドレス			

※コロナや大雪などで中止の可能性もありますので、その際はメールでお知らせしますので、連絡のつくメールアドレスをご記入ください。

参加指導者 引率保護者代表 氏名	( )	( )
---------------------	-----	-----

参加生徒 数	中2	名	中1	名
--------	----	---	----	---

※指導者、保護者のみ参加の場合は0名と記入してください。

《通信欄》 ※クリニック、講習会の際に行ってほしい要望がありましたらご記入ください。

---



---



---



---



---



---



---



---