

第5回記念バレーボールクリニック 申込書 (4/8開催)

京都市障害者スポーツセンター センター長		申込日：平成 年 月 日			
(ふりがな) 氏 名			年齢 歳	性別 男・女	バレー歴 年
障害の有無	有 ・ 無	障害名	級 A ・ B		
TEL			FAX		
住所	〒				
所属チーム名 (学校名) <small>※所属がある場合のみ記入</small>					

※本事業参加者は、センター駐車場の利用ができません。詳しくは、開催要項をご確認ください。

【参加者が複数の場合は、以下に記入してください】

(ふりがな) 氏 名	年齢	性別	バレー歴	障害の有無	障害名
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B
	歳	男・女	年	有・無	級 A・B

※上記の個人情報は、当該目的以外には使用しません。