

平成20年度ポカリスエット・ファミリースポーツクリニック団員参加申込書

団名:	
代表者名:	
電話番号:	FAX:

No.	ふりがな 氏名	性別	学年	参加希望競技を○で囲んで下さい。	備考
1				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
2				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
3				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
4				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
5				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
6				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
7				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
8				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
9				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
10				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
11				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
12				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
13				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
14				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	
15				クリニック(野球・サッカー・バスケ)	

※注1 用紙が足りない場合はコピーをして下さい。

※注2 飲み物は大塚製薬より提供させていただきます。

平成20年度ポカリスエット・ファミリースポーツクリニック指導者・保護者参加申込書

団名:	
代表者名:	
電話番号:	FAX:

No.	氏名	性別	所属団の種目を○で囲んで下さい	備考
1			講演(野球・サッカー・バスケ)	
2			講演(野球・サッカー・バスケ)	
3			講演(野球・サッカー・バスケ)	
4			講演(野球・サッカー・バスケ)	
5			講演(野球・サッカー・バスケ)	
6			講演(野球・サッカー・バスケ)	
7			講演(野球・サッカー・バスケ)	
8			講演(野球・サッカー・バスケ)	
9			講演(野球・サッカー・バスケ)	
10			講演(野球・サッカー・バスケ)	
11			講演(野球・サッカー・バスケ)	
12			講演(野球・サッカー・バスケ)	
13			講演(野球・サッカー・バスケ)	
14			講演(野球・サッカー・バスケ)	
15			講演(野球・サッカー・バスケ)	

※注1 用紙が足りない場合はコピーをして下さい。