

第5回 リニアカップ ドッジボール交流大会 参加申込書 (送信先FAX 0265-22-4701)

(ふりがな)				登録の有無 いずれかに○		D1	D3		
チーム名						D2	なし		
責任者氏名		(ふりがな)							
責任者住所		〒							
連絡先		TEL			FAX				
		携帯			E-mail(PC)				
帯同審判員		氏名							
主審・副審が 出来る方は 氏名の後に○									
《 出場選手メンバー表 》				*キャプテンのゼッケンNo.に○をしてください。					
監督名		(ふりがな)		出場するリーグを 記入してください→					
コーチ名				マネージャー名					
No.	選手氏名	学校・学年	性別	No.	選手氏名	学校・学年	性別		
1		年		11		年			
2		年		12		年			
3		年		13		年			
4		年		14		年			
5		年		15		年			
6		年		16		年			
7		年		17		年			
8		年		18		年			
9		年		19		年			
10		年		20		年			
ビブス 有・無	色	チーム関係 車両台数	普通	台	保険 加入	済	弁当 注文	500円×	個
	ユニホーム		大型	台		加入斡旋希望			

※お茶はつきません