

オービックシーガールズフィールドクリニック申込書

【7/20 選手参加用】

貴チーム名： \_\_\_\_\_

代表連絡先： \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

お名前	ポジション	学年	T シャツ size

※Tシャツサイズは日本サイズS～XXLからお選びください。

オービックシーガールズ FAX 番号: 03-3567-1312

お申込み締切：7月11日（金）

# オービックシーガールズフィールドクリニック申込書

## 【7/20 見学者用】

貴チーム名 : \_\_\_\_\_

代表連絡先 :

代表者名 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

お名前	役割 (コーチ・選手など)	学年	T シャツ size

※Tシャツサイズは日本サイズS~XXLからお選びください。

オービックシーガールズ FAX 番号:03-3567-1312

お申込み締切 : 7月11日 (金)