

多ソ協総合クリニック(ソフトボール教室)参加申込書

(団体用) (競技者対象)

総合クリニック	7年12月14日(日)
所属チーム	
参加人数	名
申込み責任者	
連絡先住所	〒
緊急連絡先	電話 (携帯)

----- 切り取り線 -----

(個人用) (競技者対象)

総合クリニック	7年12月14日(日)
氏 名	(小 ・ 中 ・ 高 ・ 一般)
参加人数	名
申込み者	
連絡先住所	〒
緊急連絡先	電話 (携帯)

----- 切り取り線 -----

(個人用) (指導者対象)

総合クリニック	7年12月14日(日)
氏 名	
参加人数	名
申込み者	
連絡先住所	〒
緊急連絡先	電話 (携帯)

申込み先 多治見ソフトボール協会 事務局 原 国夫
 〒507-0071 多治見市旭ヶ丘8丁目29番地203
 電話・FAX 0572-27-3991 E-mail:ryo-jj920@wh.commufa.jp
 ※上記申込書に必要事項記入の上、申し込みのこと。FAX・Email (可)
 ※申込み期限 令和7年11月14日(金) 必着