

# 新潟市管工事業協同組合主催 ミニバスケットクリニック 参加申込書

太枠内に必要事項をお書きの上、FAX又はe-mail(添付ファイル)にてお申込ください。

ふりがな			
代表者氏名 又は 保護者氏名			
ふりがな			性別
参加者氏名			男 ・ 女
小学校 又は 所属チーム名		小学校 チーム	学年 年
ご連絡先	電話番号		携帯電話
	ご住所	〒 -	

複数でお申込の場合は下表にお書き下さい。

ふりがな 参加者氏名	性別	小学校又は所属チーム名	学年
		小学校 チーム	年
		小学校 チーム	年
		小学校 チーム	年
		小学校 チーム	年
		小学校 チーム	年

## 手続きの流れ

STEP1... 申込はプリントアウトしてFAX、またはe-mail(添付ファイル)にてお申し込み下さい。

合計参加人数、郵便番号、代表者住所、お名前、電話番号を必ず明記してください。

STEP2... 受付後、こちらから確認のご連絡を致します。参加費は会場受付にて徴収させていただきます。

\* ご記入いただいた内容については、弊社プライバシーポリシーに基づき安全に管理致しますのでご安心下さい。

## <ご注意>

申込締切日:2006年5月20日(土)

定員(100名)に達し次第締め切らせて頂きます。

<お問合せ・申込先>

新潟市管工事業協同組合

TEL 025 - 267 - 1865

FAX 025 - 233 - 6761

E-mail ni-kan@niigata-kankoji.or.jp

URL <http://www.niigata-kankoji.or.jp/>

申込日 年 月 日