（株）新潟スポーツプロモーション　　申込日　　年　　月　　日
FAX　025-225-0055

サマーフープ クリニックin上越
参加申込書

◆◇◆太枠内に必要事項をお書きの上、お申込ください。◆◇◆

保護者氏名（代表者）	
参加者氏名	

※参加者が複数いらっしゃる場合は下表にもお書きください。

学年	
電話番号	
住所	〒
ﾊﾞｽｹｯﾄﾎﾞｰﾙの有無	持っている　・　持っていない

参加者氏名	学年	ボールの有無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無

合　計	参加人数	名	
	金　額	円	3,500円／1人

＊10名以上のグループでの申込は10名ごとに1名無料

※申込締切：7月18日（火）