

新潟アルビレックスBB ALB CUP
参 加 申 込 書

チーム名				
チーム連絡先	〒	住所	メール	
チーム責任者				
コーチ			コーチ資格()級	
Aコーチ			コーチ資格()級	
マネージャー				
番号	選 手 氏 名	学年	所属校	身長
帯同要員	氏名	(資格 級)	TEL	住所
帯同要員	氏名	(資格 級)	TEL	住所

令和3年 3月 日

記載責任者

宛先:(株)新潟プロバスケットボール FAX 025-201-5505