必要事項を記入のうえ FAX:0299-83-3219 まで送信下さい

鹿島学園高等学校男子バスケットボール部 セレクション参加希望者 申込用紙

フリガナ	
本人氏名	
保護者氏名	
住所	〒
電話番号	自宅電話
	携帯電話(保護者)
メールアドレス	
所属中学	中学校
	(校長名: 担任名: 顧問名:)
所属クラブチーム	(チーム名:)
	(監督名:)
身長・体重	cm kg
ポジション・利き手	PG ・ SG ・ SF ・ PF ・ C 利き手 (右 ・ 左)
主な戦績	
得意なプレー	
保護者同意	上記の者が「鹿島学園高等学校男子バスケットボール部セレクション」に保護者の責任において参加することに同意します。 保護者氏名 印
	※万が一、セレクションの際に怪我、事故等が発生した場合、応急処置は行いますが、参加者は高校に在籍しておりませんので、一切の責任は負えませんこと、ご承知置きくださいますよう、よろしくお願いいたします。

※同意の印鑑がない場合はセレクションに参加することができません。

鹿島学園高等学校 TEL 0299-83-3211 FAX 0299-83-3219 MAIL info@kgh.ed.jp 顧問 中澤