**平成２８年度　指導者クリニック参加申込　ＦＡＸ送信票**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛　名 | 船橋市立湊町小学校  内　藤　　悟 | 宛 | 平成２８年　　月　　日 | | |
| ０４７－４３１－４７８２ | | | | |
| １ | | | 枚（本票を含む） | | |
| 平成２８年度  船橋市バスケットボール協会　指導者クリニック参加申込 | | | | の件について | |
| 連絡事項（Ｎｏｔｅｓ） | | | | | |
| チームまたは学校名【　　　　　　　　　　　　　】  **１　クリニック参加申込について**   |  |  | | --- | --- | | **氏　　　名** | **氏　　　名** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   **２　懇親会の参加申込について　　（平成２８年８月２８日（日）　午後６時～）**   |  |  | | --- | --- | | **氏　　　名** | **氏　　　名** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   ※　講師を囲んで，懇親会を予定しております。多数の参加をお待ちしております。  【申し込み締め切り日】　　　　**平成２８年７月２０日（水）**  ※　お忙しい中，誠に申し訳ございませんが，期日を守るようご協力ください。  なお，参加しないチームにおかれましても返事をいただきたいと思いますので必ず送信してください。よろしくお願いいたします。 | | | | | |
| 発信者  ＴＥＬ　０４７（　　　　）  ＦＡＸ　０４７（　　　　） | | 担当者氏名 | | | 文書主任印 |