

平成25年度
第25回 宮城県ソフトボール強化研修会
兼 ミズヴェクトリークリニックソフトボール教室

参加申込書
(学校用)

宮城県ソフトボール協会 会長 殿

平成25年 月 日

高等学校	顧問氏名 顧問連絡先 ()	顧問の参加の有無 14日 15日
学校所在地・連絡先 〒 -		
学校電話番号 ()		
学校FAX番号 ()		

参加者氏名

No	生徒氏名	ふりがな	学年	備考
1				
2				
3				

上記の者は、身体・人物ともに適当と認め、参加申込みをいたします。

高等学校長



平成25年度
第25回 宮城県ソフトボール強化研修会
兼 ミズノヴィクトリークリニックソフトボール教室

参加申込書

宮城県ソフトボール協会 会長 殿

宮城県ソフトボール強化研修会・ミズノヴィクトリークリニック
ソフトボール教室に参加することを希望します。

平成25年 月 日

所 属 _____ 高等学校 学年 _____ 年

参加者氏名 _____

保護者氏名 _____

印