

メール☒ : sdba.2018@outlook.jp 問い合わせ先 : 090-4945-6600 (小野寺)

桜川市ドッジボール協会

## 第2回 桜川市長杯

参加申込書 出場者名簿 兼 帯同審判申込書

ふりがな					
チーム名					
申込ご担当者		お名前		携帯電話	
		メールアドレス			
チーム所在地(都道府県/市町村)					
監督		※帯同審判協力のないチームは、別途3000円いただきます。帯同審判は、1名以上でお願いします。			
コーチ					
マネージャー					
帯同審判名					
帯同審判名					
帯同審判名					
帯同審判名					
番号	氏名(ふりがな)	学年	番号	氏名(ふりがな)	学年
1		年	11		年
2		年	12		年
3		年	13		年
4		年	14		年
5		年	15		年
6		年	16		年
7		年	17		年
8		年	18		年
9		年	19		年
10		年	20		年

※キャプテンは△、女子は番号を○で囲んでください。

申し込み方法

この参加申込書に必要事項をご記入のうえ、6月26日までに上記宛にメールして下さい。確認でき次第、ご返信いたします。