

PRODIGY CUP BASKETBALL 2017

クリニックエントリー用紙

クリニック参加料 1名 ¥4,000- (Tシャツ付き) ※Tシャツサイズ: 120・130・140・150・S・M・L・XL

※対象年齢: 6~20才 ※締め切り: 2017年5月31日(水)

クリニックに参加される方は、ボール、スポーツウェア、シューズ、お食事等を必ずご持参下さい。なお、ザンギ弁当(税込600円)をご用意しておりますので、ご希望の方は個数を入れてお申し込み下さい。当日、クリニックを受講される方の保護者、同伴者は入場無料です。

●個人用申込み

フリガナ 氏名		性別	男・女	年齢	才
TEL		Tシャツサイズ			
学校名 またはチーム名				学年	年
保護者 氏名			緊急 連絡先		

●団体用申込み

学校名		チーム名	
責任者 氏名		緊急 連絡先	

	フリガナ 氏名	性別	年齢	TEL	Tシャツ サイズ
1		男・女	才		
2		男・女	才		
3		男・女	才		
4		男・女	才		
5		男・女	才		
6		男・女	才		
7		男・女	才		
8		男・女	才		
9		男・女	才		
10		男・女	才		

●お弁当申し込み

個数	個
----	---

●申込先 MAIL / info@prodigybasketball.com

FAX / 0134-64-5388

●お問い合わせ / 0134-26-6943

PRODIGY CUP BASKETBALL 2017 HP
からのお申し込みもできます。



個人お申込み



団体お申込み