



フリガナ			性別
氏名			男 ・ 女
学校名			
学年	年	歳	
生年月日	平成	年	月 日
バスケット歴	年		
保護者氏名			
住所	〒		
連絡先			
緊急連絡先 (携帯電話)			
メールアドレス			

※スクールの日程変更や連絡などはメールで連絡させていただきます。



**FAX 099-296-7062**

※練習中の怪我等につきましては、スポーツ障害保険で対応いたします。

(死亡・後遺障害1,000千円 入院1,000円 通院500円)

※送迎につきましては保護者の責任のもとで行ってください。なお、送迎中の事故等につきましては当方では責任を負いかねますので予めご了承ください。