　　年度第　回柏市民バレーボール大会

参加申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| チーム名 |  | |
| 参加種別 | 子　　人制 | |
| 希望するブロック  (第2回以降・9人制のみ) | （過去1年間の実績により自動的にAとなることがあります）  A　　B | |
| ふりがな |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 代表者電話・FAX番号 | 電話  FAX | |
| 代表者メールアドレス | （代表者以外の連絡担当者のアドレスでも可） | |
| ふりがな |  | |
| 参加資格を満たす  メンバーの氏名 | （該当者1名のみ記載） | |
| 柏市在住の場合住所 |  | |
| 在勤の場合勤務先名  および所在地 |  | |
| （ふりがな） |  |  |
| 審判員氏名  （必ず2名） |  |  |

送付先：FAX　　０４－７１３４－３１８３

　　　　メール　ｋａｓｈｉｗａｖｂ＠ｙａｈｏｏ．ｃｏ．ｊｐ

【重要】FAXを送付する場合は、FAX送信完了後にメールでの連絡をお願いします。受付はメール着信時刻順となります。