

# 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
希望するクラス (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) <b>A B</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。**