

東京羽田ヴィッキーズバスケットボール クリニック 申込書

FAX : 03-6423-8835

団体名	(フリガナ)	
代表者名	(フリガナ)	
担当者名	(フリガナ)	
住所	〒	
TEL/FAX	/	
	電話対応可能時間	
E-mail		

希望日	第一希望	第二希望	第三希望
	月 日()	月 日()	月 日()
希望時間	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分
希望会場			
住所			
参加人数(男女)	人	人	人
希望内容			
写真撮影	OK ・ NG	クリニック風景や集合写真の撮影。 撮影の許可を頂ける場合はヴィッキーズ広報で使用します。	

※シーズン中は選手の参加が限られた日程のみとなります。ご了承下さい。

【問い合わせ先】
東京羽田ヴィッキーズ事務局
TEL : 03-6423-8834
FAX : 03-6423-8835
E-mail : office@vickies.jp

