

羽田ヴィッキーズバスケットボールクリニック 申込書

一般社団法人

羽田ヴィッキーズ女子バスケットボールクラブ事務局行き (FAX 03-6423-8835)

フリガナ			
団体名			
フリガナ		フリガナ	
代表者氏名		担当者氏名	
役職		役職	
住所	〒	住所	〒
TEL		TEL	
FAX		FAX	
携帯		携帯	
e-mail		e-mail	

	第一希望	第二希望	第三希望
開催希望日	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
開催希望時間	: ~ :	: ~ :	: ~ :
開催希望会場			
住所	〒	〒	〒
参加人数	人	人	人
希望内容			

お問い合わせ 一般社団法人羽田ヴィッキーズ女子バスケットボールクラブ

〒144-0043

東京都大田区羽田4-2-10 星陽ビル305

TEL 03-6423-8834

FAX 03-6423-8835

担当 水澤

office@vickies.jp