

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

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

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	/
e-mail	

授業希望日	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	人	人	人
希望内容			
写真撮影	OK ・ NG	授業の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Facebookで 授業風景や集合写真を使用します。	

※申込期間は2018年4月～2019年3月になります。お間違いないようにお気を付けてください。

また、10月に入りますとシーズンが開始されますので選手の参加が限られた日程のみになります。

【問い合わせ先】

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

TEL : 03-6423-8834

FAX : 03-6423-8835

E-mail : office@vickies.jp

担当 : 水澤 春奈

