

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	/
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】

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 : 吉野

