

スペシャルオリンピックス日本・新潟 ユニファイドバスケットボール体験会

参加申込書

申込日： 2019 年 月 日

申込先 FAX 番号：025-378-0172
E-mail：son_niigata@son.or.jp
(スペシャルオリンピックス日本・新潟 事務局)

ふりがな			
氏名(連絡者)			
連絡先	メールアドレス		
	電話番号	当日連絡が取れる番号(携帯電話番号可)	FAX がある場合は記入してください

ふりがな 参加者氏名	性別	所属先 (SO に参加している方は所属プログラム・ SO 未参加の方は学校や職場など)	参加希望日に○を 付けてください (両開催日の参加も OK です!)
～記入例～ にいがは 新潟 たらう 太郎	男	新潟市バスケットボール スキルアッププログラム	2/3・3/3
			2/3・3/3
			2/3・3/3
			2/3・3/3
			2/3・3/3
			2/3・3/3

申込み締切：2019 年 1 月 28 日 (月)

※ご記入いただいた個人情報は本イベントおよび当法人の管理運営目的のみ使用し、取り扱いには細心の注意を払います。