



群馬クレインサンダーズ U15 トライアウト  
参加同意書

ふりがな

参加者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (\_\_\_\_\_歳)

上記の株式会社群馬プロバスケットボールコミッションが主催する群馬クレインサンダーズ U15 トライアウトに参加することに同意いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_立\_\_\_\_\_中学校

チーム責任者氏名 \_\_\_\_\_

所在地 (〒 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

※新2年～3年生で部活動に所属している選手は、こちらを提出してください。

※参加者氏名、生年月日は、参加者が自ら記入し、その後、所属チーム責任者に記入を依頼してください。

※参加者から依頼を受けた所属チーム責任者は、本参加同意書に必要事項をご記入いただき、参加者へお渡しください。(必要であればコピーしていただいても構いません。)

※トライアウト当日に受付へお渡しください。