

愛知ジュニアバスケットボール連盟ファンダメンタルクリニック 申込票

チーム名		代表者氏名	
連絡先		FAX	

		参加選手氏名	ポジション	身長	クリニック参加希望
第1学年	1				8/18 ・ 8/30
	2				8/18 ・ 8/30
	3				8/18 ・ 8/30
	4				8/18 ・ 8/30
	5				8/18 ・ 8/30
第2学年	1				9/ 8 ・ 9/15 9/22 ・ 9/29
	2				9/ 8 ・ 9/15 9/22 ・ 9/29
	3				9/ 8 ・ 9/15 9/22 ・ 9/29
	4				9/ 8 ・ 9/15 9/22 ・ 9/29
	5				9/ 8 ・ 9/15 9/22 ・ 9/29

備考欄

* 第1学年 〆切り 8/13(月)

* 第2学年 〆切り 9/ 3(月)