

平成29年度
ソフトバレーボール・リーダー研修事業受講申込書

平成29年 月 日

下記のとおり研修事業の受講を申し込みます。

ふりがな 氏名			<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	メンバーID	
住所	〒			
	電話番号		携帯電話	
	E-mail			
活動団体	団体名	協会・(連盟) 役職		
	チーム名			
	岩手県ソフトバレーボール連盟登録の有無 <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 未登録			
勤務先	名称 電話番号	(- -)		
現有資格				
■ソフトバレーボールの活動状況 【これまでのソフトバレーボール大会等への参加状況】 1 全国大会への参加経験 <input type="checkbox"/> 有 (回) <input type="checkbox"/> 無 2 ブロック大会(東北)への参加経験 <input type="checkbox"/> 有 (回) <input type="checkbox"/> 無 3 県大会・講習会への参加経験 <input type="checkbox"/> 有 (回/年) <input type="checkbox"/> 無 4 市町村大会等への参加経験 <input type="checkbox"/> 有 (回/年) <input type="checkbox"/> 無				

弁当 (お茶つき 600円) を注文 <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> しません

申込期限 平成29年6月30日 (金)

申込先 岩手県ソフトバレーボール連盟 審判委員長 伊藤 万一
〒028-3141 岩手県花巻市石鳥谷町五大堂 21-67
電話番号 0198-47-2583 携帯 090-1497-8009 (20時以降)
E-mail good.aid21-67@lagoon.ocn.ne.jp

※この情報は個人情報保護法により、この講習会の名簿作成のための資料であり、公表するものではないことを制約します。