

第 10 回 (2017) 千葉県小学生マッチ練習／クリニック

参加申込書

関東テニス協会にジュニア登録している選手は番号を必ず記入してください。



登録していない選手は空欄のままにしてください。

関東登録番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	学 年	年		
フリガナ							性 別	男	・	女
氏 名							生 年 月 日 (西暦)	20	年	月 日
自 宅 住 所	〒 自宅電話 : () 日中連絡先(携帯等) : ()									
所属団体名										
在 学 校 名										

申込締切： 11月1日(水) 15時

申込先：

ジュニア委員会事務局 〒270-1424 白井市堀込 1-1-19 一越ビ 3F

Eメール

cta-juniors@msc.biglobe.ne.jp

保護者氏名 _____

*お預かりした個人情報は、このイベントのみ使用し他の目的には使用致しません。