「キッズベースボールフェスタin壱岐」

ＦＡＸ：０９５－８６５－７３０６

【応募締切】１０月３１日（月）必着

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 現　　住　　所 | 〒 　― |
| 性 別  生年月日・年齢 | 男・女　　　２０　　年　　　　月　　　　日（　　　才） |
| 幼稚園・保育園・  学校名・学年 | （　　　　　　　　　　　　　　）  　幼稚園　・　保育園　・　小学校　　（　　　）年 |
| ふ り が な  引率者保護者名（１名） |  |
| 自宅電話番号 | ― 　　　　　― |
| 引率保護者携帯番号 | ― 　　　　　― |
| 介助の必要性  （車椅子など） |  |
| 野球経験の有無 | 有 　　・　　 無 |
| 所属チームの有無 | 有 （チーム名：　　　　　　　　　　 ）・　無 |
| 備 考 |  |

※応募用紙１枚に、キッズ１名・保護者１名の申し込みとなります。

　兄弟・姉妹の場合は氏名欄等に複数お書き下さい。

※ご記入いただいた個人情報は、個人情報保護法により本事業以外の目的には使用いたしません。

【キッズベースボールフェスタ長崎に関する問い合わせ先】

電話：095-865-7305（長崎県高等学校野球連盟）