

第1回かもめカップ申込書

都 県 名		フリガナ			
		チーム名			
連 絡 先	住所 〒	氏名	電 話	(自宅)	
				(携帯)	
	氏 名	生年月日	満年齢	住 所	
監 督 名					
副 監 督 名					
マネージャー名					
No.	プレイヤー番号	氏 名	生年月日	満年齢	住 所
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
					プレイヤー平均年齢 歳

- (注 意)
1. 連絡者は常に連絡のとれる方にしてください。
 2. キャプテンの背番号を○で囲んでください。
 3. プレイヤー番号の若い順に書いてください。
 4. 生年月日は2017年4月1日現在の年齢をお書きください。
 5. 平均年齢は小数点以下第2位を四捨五入してください。
 6. 申込書に記載された個人情報は、大会関係資料として使用しますのでご了承ください。

推 薦 状

上記チームを、第1回かもめカップに本都県代表として推薦します。

平成29年 月 日

_____ 都県ママさんバレーボール連盟

会長

印