**ＦＡＸ番号：048-526-5550**

**申込み用紙**

【ハイランダーズコーチによる小学生のためのラグビークリニック】

　●**上記のクリニックに参加を希望します。**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 参加者氏名 | 　　　　　　　　　　（小学　　年生　年齢　　　才　男　・　女） |
| 住　所 | （〒　　－　　　　）□ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　□ＦＡＸ： |
| 所属ラグビースクール | （ラグビー経験　　　年目）　※経験なしは「０」を記入（１年未満は「１」と記入） |
| 携帯電話番号（当日緊急連絡用） |  |
| メールアドレス |  |

**【注意事項】**

**○必ず保護者の承諾を得て、申込みを行ってください。**

**○本クリニックの申込みにつきましては、先着順にて受付させていただきますのでご了承ください。**

**○受付完了のお知らせは、事務局よりメールor電話連絡させていただきますのでご確認ください。**

**○いただいた個人情報は、本クリニックに関することにのみ利用し、それ以外には利用しません。**

**○参加者の肖像権ならびにそれに付随する全ての権限は、主催者に帰属します。**

【お問合せ先】

埼玉県ラグビーフットボール協会　事務局

〒360-0041

埼玉県熊谷市宮町2-42　熊谷ビル5階

TEL・FAX:048-526-5550

E-Mail：saitamarugby2019@gmail.com