



# 申 込 書

下記いずれかにチェックをして下さい。

1	<input type="checkbox"/> 社会貢献活動	2	<input type="checkbox"/> クリニック	3	<input type="checkbox"/> イベント派遣
---	---------------------------------	---	--------------------------------	---	---------------------------------

団体名					
フリガナ					
代表者氏名	(姓)		(名)		
代表者連絡先	TEL		携帯番号		
	FAX		E-mail		
代表者住所	〒 ー				
参加人数		名	年齢層 (学年)		
開催 (訪問) 希望日 希望時間	第一希望	平成 年 月 日	午前 時 分	～	時 分
			午後 時 分	～	時 分
	第二希望	平成 年 月 日	午前 時 分	～	時 分
			午後 時 分	～	時 分
	第三希望	平成 年 月 日	午前 時 分	～	時 分
			午後 時 分	～	時 分
希望内容 ご要望					
開催 (訪問) 場所	〒 ー				

※ 上記内容については、申し込み以外には一切使用いたしません。

この申込用紙を下記 FAXへ送信ください。

福岡プロバスケットボールクラブ株式会社

TEL : 092-771-6675 FAX : 092-771-7333