

12月15日(土) 広島ドラゴンフライズ3×3エキシビジョンマッチ 参加申込書

チ ャ ム 名					
連 絡 責 任 者					
T E L					
連 絡 先	〒				
メールアドレス					
	選 手 名	選 手 名 (よ み が な)	性別	生 年 月 日 (※西暦で)	所 属 チ ー ム
1			男・女	年 月 日	
	個人またはチームとしての経歴(成績)				
2			男・女	年 月 日	
	個人またはチームとしての経歴(成績)				
3			男・女	年 月 日	
	個人またはチームとしての経歴(成績)				
4			男・女	年 月 日	
	個人またはチームとしての経歴(成績)				
備考:					

【注意事項】

- * 当イベント開催期間内において発生した一切の事故や怪我などの責任を負いかねますことをあらかじめご了承ください。参加者の方々については、その個人あるいはチームの責任において保険への加入を行ってください。
- * 参加チームの決定や、組み合わせなどの連絡をメールで行いますので、必ず上記の参加申込書のメールアドレス欄はご記入ください。
- * 申込書を提出した場合、当イベントに関する写真・動画を、株式会社広島ドラゴンフライズの広報等で使用することに、ご同意いただいたこととします。

【申込書郵送先】

〒730-0013 広島県広島市中区八丁堀11-8 7F
株式会社広島ドラゴンフライズ 3×3担当 宛

【申込書FAX番号】

082-555-8356
株式会社広島ドラゴンフライズ 3×3担当 宛

