「ライヤーズクリニック」　申込書

申込書にご記入のうえ、メールまたはFAXでご応募ください

WEB応募フォームからもお申込みいただけます

メール　：　lyers.clinic@gmail.com

FAX　：　０２３－６３３－５９２３

WEB　：　記載のQRコードからアクセスして入力

申込日　　年　　月　　日

団体名			
申込者			
ご連絡先（どちらか）	メールアドレス		
	電話番号		
応募コース		①　１DAYクリニック	②　複数回クリニック
		※　いずれかに「○」を付けてください	
希望日時	第１希望		
	第２希望		
	第３希望		
		※　複数回コースをご希望の場合は、初回希望日をご記入ください	
参加人数			
会場		山形銀行体育館　・　その他（　　）	
		※　いずれかに「○」を付けてください	
ご要望・事前質問 （こんな内容を教えてほしいなど自由記述）			

※　ご記入いただいた情報は、クリニック開催以外での使用はいたしません

※　上記項目以外の個人情報は、記入しないようお願いいたします

山形銀行女子バスケットボール部

ライヤーズ　クリニック事務局（担当：依田）

０２３－６２３２－１２２１（代）