

埼玉西武ライオンズベースボールクリニック・コーチングクリニック参加申込書

チーム名			
連絡責任者		電話番号	
メール			

○ベースボールクリニック参加者

※ポジションを兼務している場合は、
主で取り組んでいるポジションまたは当日入りたいポジションを基準に一つを選択してください。

氏名	性別	学年	ポジション	氏名	性別	学年	ポジション
	男・女		投・捕・内・外		男・女		投・捕・内・外
	男・女		投・捕・内・外		男・女		投・捕・内・外
	男・女		投・捕・内・外		男・女		投・捕・内・外
	男・女		投・捕・内・外		男・女		投・捕・内・外
	男・女		投・捕・内・外		男・女		投・捕・内・外
	男・女		投・捕・内・外		男・女		投・捕・内・外

○コーチングクリニック参加者

※添付の「コーチングクリニック質問例」を参考に、当日までに
質問事項を考えておいてください。

氏名	性別	年齢	氏名	性別	年齢
	男・女			男・女	
	男・女			男・女	

問い合わせ 川越市文化スポーツ部スポーツ振興課
〒350-8601 川越市元町1-3-1
049-224-6094 担当 門倉・田中

※申し込み締め切りは、6月12日(水)(必着)です。