



申込日 年 月 日 曜日

キッズラグビークリニック in 横浜 参加申込書

※個人応募用

◆参加者情報			
フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	
電話番号①		学年	年
電話番号② ※日中連絡のとれる番号		本人・保護者	
当選通知の連絡先 ※メールアドレス又はFAX番号			
フリガナ			
保護者名			

《申込FAX番号》

045-681-3735

キッズラグビークリニックin横浜運営事務局

《持ち物》

- ・動きやすい服装
- ・運動靴※鉄製スタッド/ポイントのスパイクは不可
- ・水※フィールド内では、水以外の飲料禁止です

《応募の際の注意事項》

- ①重複応募は無効となりますのでご注意ください。
- ②当選発表は、EメールまたはFAXの発送をもって代えさせていただきます。
Eメールでの連絡を希望の場合、運営事務局「rugbyclinic@y-artist.co.jp」のメール受信設定をお願い致します。
- ③イベントは無料ですが、交通費は各自でご負担くださいますようお願い致します。
- ④荒天の場合、イベント内容が変更となることがあります。（雨天時は原則決行）
- ⑤駐車場はご利用いただけません。公共交通機関をご利用くださいますようお願い致します。
- ⑥主催・共催者が当日撮影した写真は、広報媒体等で使用する可能性がありますのでご了承ください。

＜お問い合わせ先＞

〒231-0017 神奈川県横浜市中区港町1-1
横浜市市民局スポーツ振興部 担当：矢野・鶴見
045-671-4566