

# キッズラグビークリニック in 横浜 団体参加申込書

※団体応募用

◆参加団体情報			
フリガナ		参加者数	名
参加団体名			※最大5名まで
フリガナ			
代表者名			
フリガナ			
当日同伴者名			
代表者電話番号			
当日同伴者電話番号			
当選通知の連絡先 ※メールアドレス又は FAX番号			

◆参加者一覧			
フリガナ		生年月日	学年
氏名		年齢	性別
			男 ・ 女
フリガナ		生年月日	学年
氏名		年齢	性別
			男 ・ 女
フリガナ		生年月日	学年
氏名		年齢	性別
			男 ・ 女
フリガナ		生年月日	学年
氏名		年齢	性別
			男 ・ 女
フリガナ		生年月日	学年
氏名		年齢	性別
			男 ・ 女

《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団体等でお申し込みの場合、代表者の方がお申し込みください。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。
- ⑦団体申し込みの際は、1度の申し込みにつき最大5名までになります。

《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