

第1回神奈川県高等学校ダンスバトル参加申込書

学校名(学校)				
住所(学校)				
電話番号(学校)				
FAX番号(学校)				
出演者代表				
代表者電話番号				
	男子	女子	合計人数	
参加チーム名				

第1回神奈川県高等学校ダンスバトルへの参加を許可します。

平成 年 月 日

高等学校長 印
