

ソフトボール部 部活動体験会

参加申込書

申込日	令和2年 月 日	
フリガナ		
氏名		
住所	〒	
連絡先		
学校名		
(クラブ名)		
ポジション (複数可)		
体験希望日 (○をつけて 下さい)	8月2日(日)	8月9日(月)
中学校顧問名		

山村学園高等学校

ソフトボール部

FAX 宛先 049-222-5356

顧問 高橋拓也