

都立桜町高等学校硬式野球部 部活動体験参加申込書

参加希望日 令和 年 月 日 ()

フリガナ

参加者氏名 年 月 日生

保護者氏名 印または保護者自署

住所

電話番号 緊急連絡先

中学校名 中学校

担任名 野球部顧問氏名

クラブチーム所属の場合は

クラブチーム名 ()

中学時代のポジション

中学時代の打順

高校野球への思い（書けたらで結構です）

※ 本校での活動には中学校で加入している保険が適応されません。
傷害保険の加入を各自でお願い申し上げます。

FAX:03-3700-9141

