**2024年度　佐賀県バスケットボールU14DC育成センタートライアウト**

**参加申込書**

一般社団法人　佐賀県バスケットボール協会　　U15部会　会長　原田　浩臣　殿

＜参加選手＞

参加者氏名

ふりがな

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　所　　　〒

電話番号

JBA　メンバーID

生年月日（西暦）　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

身　長　　　　　　ｃｍ　　体　重　　　　　　ｋｇ　　ポジション

所属学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年

所属チーム名

チーム責任者氏名(連絡者名)

チーム責任者連絡先(電話番号)

※確認事項　(下記の内容を確認し、チェックを入れて下さい)

　上記選手の事業への参加について保護者の同意を得ている。

　マルファン症候群に関する注意事項について確認している。

　各自で傷害保険に加入している。

**2024年度佐賀県バスケットボールU14DC育成センタートライアウト**

**参加同意書**

所属チーム

責任者

|  |
| --- |
| 私は、下記の者が佐賀県バスケットボール協会が開催する「2024年度佐賀県バスケットボールU14DC育成センタートライアウトに参加するに同意します。 |

所属チーム名　　　　　　　　　　　　生徒氏名　　　　　　　　　　学年

令和6年　　　　　　月　　　　　日

参加者名　　　　　　　　　　(自署)

保護者名　　　　　　　　　　(自署)

8月１８日(日)に必ず会場受付の方に提出してください。