

平成30年 札幌大谷高校野球部 練習体験 参加同意書

◎ 中学校名 \_\_\_\_\_ 中学校

校長名 \_\_\_\_\_ 印

<参加希望日>

- ① 平成30年 8月 5日(日)                      ②平成30年 9月15日(土)

※いずれかを○で囲み体験日前日までにFAXにて送信してください。

FAX 011-741-4860 札幌大谷高校

	参加生徒名	所属チーム名	ポジション
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			
⑨			
⑩			