

④ 札幌大谷高校野球部 練習体験 参加申込書

※担任、進路担当の先生に必ず確認を取ってから
FAXをしてください。

◆中学校名 _____ 中学校

校長名 _____

いずれかを選択して(○印で囲む) 希望日前日までにFAX送信してください。

- <開催日> ①2023年 8月16日(水) 13:00~15:30(12:30~受付)
②2023年 8月19日(土) 8:30~11:00(8:00~受付)
③2023年 9月 9日(土) 13:30~16:00(13:00~受付)
④2023年 9月16日(土) 8:30~11:00(8:00~受付)

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			