

# 平成23年度全国バスケットボールコーチクリニック【北海道会場】

## ＜参加申込書＞

下記にご記入の上、FAXにてお申込みください。また、メールでのお申込みの場合は、下記必要事項をメール本文にご記入の上、「clinic@jabba.or.jp」に送信してください。

＜申込締切＞ 平成23年7月14日(木)必着

氏名												
ふりがな												
TeamJBAメンバーID (9桁)												
所属都道府県												
参加日	(参加日に○をつけてください。) 7月23日(土) ・ 7月24日(日)											
保有資格情報 (いずれかに○)  ※JBA公認A、B、C-1、 C-2級コーチは資格名の 右に日体協登録番号 (11桁)を記入してください。		JBA公認A級コーチ										
		JBA公認B級コーチ										
		JBA公認C-1級コーチ										
		JBA公認C-2級コーチ										
		JBA公認D級コーチ										
		なし(有効期限切れや登録未完了者含む) → 参加料 3,000円										
備考												

●コーチライセンスをお持ちでない方は、氏名(ふりがな)の他、以下も必ずご記入ください。

現住所	〒										
連絡先 TEL	(日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。)										
メールアドレス	(参加可否連絡はメール通知となります。)										
参加料振込日	平成	年	月	日							

※振込みの際は、必ず『参加者本人のフルネーム』で手続きをしてください。

日本バスケットボール協会 事務局 コーチクリニック担当 行  
FAX:03-3481-2399

