

第16回小学生タグラグビー交流会 in 維新公園 参加申込書				
チーム名				
所属小学校名（団体）				
責任者氏名				
責任者連絡先				
連絡用メールアドレス				
アシスタントレフリー氏名				
番号	氏 名	学年 年齢	性別	住 所 電 話 番 号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

- ※ チーム名には、必ず校名か地区名を入れてください。（例　〇〇小ファイターズ）
- ※ 年齢・性別・住所は、当財団が傷害保険をかけるため必要です。学年は試合組合せで必要です。上記、個人情報には維新公園の事業以外には使用しません。
- ※ 提出期限　**9月26日(金)**までにご提出ください。

e-mail: matsusaka@ishin100.com

FAX: 083-928-3374

〒753-0815 山口市維新公園4-1-1

維新百年記念公園 サービス課 松阪 猛
TEL 083-922-3712