

熊本ヴォルターズ U15 トライアウト申込書

氏名	フリガナ		
生年月日	H	年 (西暦 年)	月 日 (満 歳)
住所	〒 -		
電話番号	-	緊急連絡先 (続柄)	() -
E-mail (PC)		E-mail (携帯)	
身長		cm	体重
ウイングスパン		cm	kg
ポジション		シューズサイズ	cm
		挑戦したいポジション	
所属クラブ		Team JBA メンバーID	
バスケ歴			
Q1. 熊本ヴォルターズ U15 でプレーしたい理由を教えてください。			
Q2. 将来どのような選手になりたいですか？目標となる選手は誰ですか？			
Q3. 目標を達成するために、今していることは何ですか？			
Q4. 自己 PR			

身体状況	既往症・大きな怪我・手術歴など
参加希望 トライアウト	1. 八代会場（3月18日17:00ー、八代市総合体育館サブアリーナ） 2. 熊本会場（3月25日17:00ー、熊本県立総合体育館サブアリーナ）
保護者署名	<p style="text-align: center;">同意書</p> <p>私は、身体状況を申告の上、上記に記載したトライアウトの参加を希望します。 トライアウトに参加するにあたり、一切の怪我（事故）等に関して、熊本ヴォルターズは責任を負わない事に了承します。 トライアウト中の様子（写真・動画含む）や合格発表時に氏名が公表される場合がある事に同意します。</p> <p style="text-align: center;">入会者氏名</p> <p style="text-align: center;">保護者氏名 ㊟</p>
所属クラブ代表 署名	<p style="text-align: center;">同意</p> <p>私は、上記入会者の熊本ヴォルターズU15チームトライアウトに参加する事に同意します。 また、参加者がトライアウトに合格した際は、入会者の熊本ヴォルターズU15チーム登録手続きに協力いたします。</p> <p style="text-align: center;">所属クラブ名</p> <p style="text-align: center;">所属クラブ代表者名（自筆）</p>

*ここに記載された情報は、熊本ヴォルターズU15チーム運営用途以外には使用いたしません。

*ここに記載された情報は、熊本バスケットボール株式会社が責任をもって管理いたします。

*運営記入欄

受付日時	ビブス NO.	チーム		評価	可否