コーチクリニック受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 | フリガナ |
|  |  |
| 性別 | 生年月日 |
|  |  |
| ご所属 |
|  |
| ご連絡先　TEL | アドレス |
|  |  |

**※上記に必要事項をご記入の上、メールにて6月30日までにお申し込み下さい。**

問い合わせ先：スペシャルオリンピックス日本・和歌山　事務局

e-mail：wakayama@son.or.jp