

第40回石川県バスケットボールリーグ戦

参 加 申 込 書

チーム名				男	・	女
役職	氏名	資格	役職	氏名	資格	
コーチ						
スタッフ						
スタッフ						
番号	氏名	身長	出身校			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

代表者氏名		携帯番号	
メールアドレス			
帯同審判員氏名		審判資格	D級
携帯番号			

※ファイル名はチーム名のみ記載し、送ってください。