※申込書をご記入いただき下記宛先へ郵送願います。

ご記入日　平成　　年　　月　　日

『しがぎんバスケクリニック』申込書

チーム名			
代表者名		電話番号	
メールアドレス			

＜クリニックの詳細情報＞　※できるかぎり詳しくご記入ください。

○ご希望日時　※現地までお伺いします。

第1希望　　月　　日（　）　　2時間程度
第2希望　　月　　日（　）　　〃
第3希望　　月　　日（　）　　〃

※時間帯につきましてはご相談ください。土日の午前中は幣行の体育館で練習をしております。

○開催場所

【　　】体育館　　コート数〔　　〕面
体育館住所　【　　】

○参加人数　　○グループ分け（A/Bチーム）

男子【　　人】　上級生（5･6年生）〔　　人〕 ⟶ （　　チーム）　※全員同じも可
　　下級生（4年生以下）〔　　人〕 ⟶ （　　チーム）
女子【　　人】　上級生（5･6年生）〔　　人〕 ⟶ （　　チーム）
　　下級生（4年生以下）〔　　人〕 ⟶ （　　チーム）

チームに**初心者の方**が、（　　）人いる。※人数次第で別に練習メニューを用意いたします。

○備品

ストップウォッチ（ 有 ・ 無 ）　　タイマー（ 有 ・ 無 ）
（　　個 ）　　（　　個 ）

コーン大　（ 有 ・ 無 ）　　コーン小（ 有 ・ 無 ）　　バスケットゴールの数
（　　個 ）　　（　　個 ）　　（　　個 ）

○ご希望内容　※下記の内容を基に練習メニューを考えますので、できるだけ詳しくご記入お願いいたします。

※苦手なこと･悩んでいること、改善したい点などご記入ください。　例）トラベリングが多い

※今回のクリニックで、銀行選手に要望があればご記入ください。　例）高度な技を子どもたちに見せてあげてほしい

○お問合せ先

株式会社　滋賀銀行　人事部　藤堂　悠
住所：〒520-8686　滋賀県大津市浜町1番38号
TEL：077-521-2272　FAX：077-521-2862

同意事項

●クリニック中の事故等については、幣行は責任を負いかねますので、予めスポーツ傷害保険等へご加入下さい。
●当日、写真撮影及びビデオ撮影を行い、幣行のホームページ等に掲載させて頂くことがあります。

代表者名 _____ 印