



パスラボ山形ワイヴァンズバスケットボールアカデミー



入会申込書

記入日 年 月 日

株式会社パスラボ バスケットボールアカデミー事務局 行

受付No.	※事務局記入欄		
フリガナ			性別
氏名			男 女
住所	〒		
自宅TEL	携帯電話	父・母・その他()	
E-mail	@		
緊急連絡先	氏名	TEL	

生年月日	西暦 年 月 日 (才)
学校・学年	立 学校 年生
希望クラスに ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> <U12クラス(男・女)>ミニバスと同環境:ゴールの高さは2m60cm、5号ボールを採用 <input type="checkbox"/> 上山校(月) <input type="checkbox"/> 庄内校(月) <input type="checkbox"/> 山形校(火) <input type="checkbox"/> 天童校(木)
	<input type="checkbox"/> <U15クラス(男・女)>一般と同環境:ゴールの高さは3m05cm、6・7号ボールを採用 <input type="checkbox"/> 上山校(月) <input type="checkbox"/> 庄内校(月) <input type="checkbox"/> 山形校(火) <input type="checkbox"/> 天童校(木)
	<input type="checkbox"/> <スキルアップクラス> スキルアップを目的としたスクール:ゴールの高さは3m05cm、6・7号ボールを採用
	<input type="checkbox"/> <ユースチーム>: 日本代表レベルを目指したトップ選手育成クラス:ゴールの高さは3m05cm、6・7号ボールを採用 <input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> U15女子 <input type="checkbox"/> U12
入会日	年 月 日
入会動機 (例: 無料体験会の参加、試合観戦、友人の紹介など)	

身長	cm	体重	kg
バスケットボール経験	有 (所属チーム名:) ・ 無		
当スクールを知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 公式WEBサイト <input type="checkbox"/> 友人の紹介 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> その他()		

— 保護者 同意欄 —

- ◆私は身体状況を申告の上、貴アカデミーの受講を希望します。
- ◆入会後は貴アカデミーの規約に従い、練習に励む事を誓います。
- ◆入会後の活動中の写真や動画は、報道及び広報に利用される可能性があることを確認しました。

入会者 _____ 保護者 _____ 印

※学校で行われる健康診断で再検査、要注意などの指摘を受けた方は必ずご報告ください。

※受講中の事故(怪我・死亡など)に対してはスポーツ保険の範囲で対応します。医療費に関しては当社では一切責任を負いません。

上記個人情報、バスケットボールアカデミーに関する諸連絡の為にのみ利用するものであって、該当目的以外に利用することはありません。

■ 申込方法: 郵送にてお申込ください。

<TEL>023-664-3646 <郵送>〒990-0025 山形県山形市あこや町1-2-4 株式会社パスラボ バスケットボールアカデミー事務局