

県北地区ミニバスケットボール連盟

会 長 佐 川 秀 次 様

理 事 長 佐 藤 博 之 様

県北地区選抜チーム参加同意書

チーム名 : _____ (男子・女子)

児童 (選手) 名 : _____

ミニバスオールスター県北地区選抜チームの一員として、参加することに同意します。

平成 年 月 日

保護者欄

保護者氏名 : _____ 印

住 所 : 〒 _____

自宅電話番号 : _____ ()

緊急時電話番号 : _____ - _____

指導者欄

指導者名 : _____ 印

住 所 : 〒 _____

自宅電話番号 : _____ ()

緊急時電話番号 : _____ - _____

※ 緊急時の電話番号は携帯番号等をご記入ください。

県北地区ミニバスケットボール連盟

会 長 佐川秀次様

理事長 佐藤博之様

誓 約 書

県北地区選抜チーム参加に際し、次の事項について誓約致します。

- ①選抜チーム活動を可能な限り優先致します。
- ②選抜チーム活動中の事故につきましては、連盟指導者には迷惑を
かけず、スポーツ保険で治療致します。
- ③選抜チームの活動については、保護者相互の連携を密にし、団体
活動を側面より援助致します。

平成 年 月 日

児童（選手名）

保 護 者 名

印