

# 12/26(土)青森ワッツ ホームゲーム

## チアダンス体験クリニック 参加申し込み書

必要事項を記入の上、下記申し込み先へ郵送か FAX、またはメールにてお申し込みください。

ご記入日 年 月 日

ふりがな		性別 男 ・ 女 (どちらかを○で囲んでください)
氏名		
生年月日 年 月 日	年齢 歳	保護者氏名 (受講者が未成年の場合)  <span style="float: right;">®</span>
住所 〒		
電話番号	携帯番号	
メールアドレス (PC か携帯いずれか必須)		
FAX 番号 (ある方のみ)		
先着 50 名(当日試合チケットプレゼント)に漏れてしまった場合でも、チアダンス体験クリニックへの参加を希望しますか。 (どちらかを○で囲んでください)  希望する ・ 希望しない		
※先着 50 名を超えてしまった時点で、その旨メールにてお知らせいたします。		

※鉛筆以外の筆記用具を用い、楷書にてご記入ください。

※申し込みシートは返却しませんので、ご了承ください。

※ご登録いただく個人情報は、チアダンス体験クリニックのみに活用し、それ以外の目的には使用いたしません。

①郵送 〒038-0012

青森市柳川 1-4-1 青森港旅客船ターミナルビル 1 階

青森スポーツクリエイション株式会社「チアダンス体験クリニック」係

②FAX (017)763-0552

③E-mail cheer@aomori-wats.com

※E-mailにてお申込みの際には、当社 HP(<http://aomori-wats.com/>)の申し込みフォームをご利用ください。