

夢球会カップ 大会登録票

チーム名

代表者氏名	
連絡先	
住所 <small>※マンション、アパート号室・含む</small> (〒 -)	

※代表者と同じ場合は同上と記入して下さい。

監督氏名	
連絡先	

ヘッドコーチ氏名	
連絡先	

大会連絡責任者	
連絡先	
FAX	
Emailアドレス	

※大会連絡事項は連絡責任者へ連絡します。

チーム拠点	区・市	チーム人数	名
スポーツ障害保健		現在加入	未加入
大会参加	スプリングカップ	オータムカップ	
中京夢球会連盟	現在連盟加入	未加入	

空白には記載、各項目には○を記載する事

大会登録票 **郵送先** 一般社団法人 中京夢球会 理事松浦正之宛て

郵送: 名古屋市緑区浦里2丁目144番地(名古屋南リトルシニア専用室内練習) **FAX:** 052-693-7770