

大会登録票

チーム名

代表者氏名	
連絡先	
住所	

※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	リーグ戦のみ	トーナメント戦のみ	両大会参加

空白には記載、各項目には○を記載する事

愛知選抜チーム

時期

1月末頃 1～3試合

※本大会リーグ戦参加チームから、選抜させて頂きます。選抜メンバー16名予定
選抜させて頂く際、大会事務局から各チームの監督へお声をかけさせて頂きます。

愛知選抜チームに

推薦します ・ 推薦しません

どちらかに○を記載する事

大会登録票 送り先

大会委員長 松浦正之宛て

郵送： 名古屋市緑区鳴海町字上ノ山49-3

FAX: 052-896-1143