

ラグビークリニック申込書

FAX

072-643-6628

代表者氏名			
連絡先			
学校名/所属チーム			
バスご利用方面			
	氏 名	学年	ポジション
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			