

平成25年度 全国選抜大会 東京ブロックセレクション参加申込用紙

東京都専門学校バスケットボール連盟 会長殿

下記の学生を、東京都専門学校バスケットボール連盟選抜選手として推薦いたします。

平成25年 月 日

| | | | |
|-----|--|---------|--|
| 学校名 | | 監督・顧問氏名 | |
|-----|--|---------|--|

選抜セレクション承認事項

- 1、東京都の代表としての自覚を持ち節度ある行動言動を心がけ実践する。
- 2、セレクションに合格後、いかなる理由があっても選抜チーム選出を辞退しない。
- 3、練習会、合宿等は、学校行事、授業、疾病以外の理由では休まない。
- 4、スタッフの指示には必ず従う。
- 5、バスケットボールを心から楽しむ。
- 6、自己負担金を期日までに支払う。

私は、第14回全国専門学校バスケットボール選抜大会の「実施要項」及び「承諾事項」の事項を確認、承諾した上で、東京都専門学校バスケットボール選抜セレクション参加をいたします。

| | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|---------|---------------|----|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 氏名 | | | | | |
| 身長 | cm | 体重 | Kg | | |
| 現在のポジション | PG・SG・SF・PF・C | 希望ポジション | PG・SG・SF・PF・C | | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 携帯電話 | | アドレス | | | |
| 保護者氏名 | | 電話番号 | | | |
| 保護者住所 | 〒 | | | | |
| 出身高校 | | | | | |
| 既往症及びスポーツ障害経歴 | 過去の怪我の部位、障害の程度、経過(完治・治療中)など詳しくお願いします。 | | | | |
| 備考 | | | | | |