

学校名： _____

2024 年度 宇宙甲子園缶サット部門関東大会 競技会参加生徒名簿
参加する部門に○をして下さい（両方○も可）

年齢は 2024 年 4 月 2 日現在

氏名	(フリガナ)	学年		年齢	
住所					
緊急連絡先			血液型	型	Rh ()
備考欄					
氏名	(フリガナ)	学年		年齢	
住所					
緊急連絡先			血液型	型	Rh ()
備考欄					
氏名	(フリガナ)	学年		年齢	
住所					
緊急連絡先			血液型	型	Rh ()
備考欄					
氏名	(フリガナ)	学年		年齢	
住所					
緊急連絡先			血液型	型	Rh ()
備考欄					

※氏名欄に不足がある場合は追加して下さい。ただし缶サット部門の参加登録は4名までです。

個人情報事務局を務める takarabaCo 株式会社にて管理し、事業の運営及び保険加入及び教育研究に使用し、それ以外の用途では使用しません。

参加予定者に変更があった場合は、直ちに実行委員会に届け出ることとします。