**令和元年度　１月１８日　県北合同クリニック　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **学校・チーム名** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **代表者名****連絡先** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 　参加希望人数（学年・男女別に人数の記載をお願いします） |
|  | 種目名 | 男　子 | 女　子 | 合　計 |  |
| 短距離 | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
| 長距離 | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
| ハードル | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
| 走り幅跳び | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
| 走り高跳び | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
| 棒高跳び | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
| 砲丸投げ | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
| 合計 | 　　名 | 　　名 | 　　名 |
|  |
| 　注１）おおまかな参加数の把握を目的としています。多少の人数の増減は問題ありません。　注２）跳躍種目は県の跳躍クリニックも兼ねています。 |
|

**申し込み〆切　令和２年１月１４日（火）**

＜申し込み方法＞

メールにてのみの申し込みです。この用紙を**（****tokunaga-kunihiro@miyazaki-c.ed.jp****）**

（門川高校・徳永）に送付してください。

参加料　　　　　　各１校（１団体）で５００円。１～４名の場合は一人１００円。（当日）