

体験希望申し込み FAX 番号 **0194-66-7709**

八戸智徳リトルシニア練習体験希望書

記入日 令和 年 月 日

■氏名 _____ ■学校・学年 _____

■所属チーム _____ ■身長・体重 セン _____ キロ _____

■希望練習体験日時 _____

■希望ポジション _____

※○をつけて下さい。(複数可能)

■投球スタイル 右・オーバー ・ スリー ・ サイド ・ アンダー

■ _____ 左・オーバー ・ スリー ・ サイド ・ アンダー

■打撃スタイル 右打者 ・ 左打者 ・ スイッチ ・ スイッチ試中

■アピールポイント 脚力 ・ ピッチング ・ 守備力 ・ 打撃力

■アピールポイント その他 (_____)

■過去のケガ _____

■ケガの状態 _____

■保護者様 氏名 _____ 連絡先 _____

ホームグラウンド住所 八戸市南郷島守字赤羽6-25 (旧田代中学校)