**キッズスポーツ教室申込用紙**

**保育施設名：**

**実施希望日時**

第1希望：　　　月　　　　日　　/　　　　：　　　～　　　：

第2希望：　　　月　　　　日　　/　　　　：　　　～　　　：

第3希望：　　　月　　　　日　　/　　　　：　　　～　　　：

**参加クラス年齢**：**歳児クラス　　　　　　　　　　組**

**人数**：　　　　　　　　　**名**

**その他連絡事項等**

八幡平市体育協会　担当：伊藤綾乃

FAX：0195-70-1616

メール：hachimantai-taikyou@siren.ocn.ne.jp