

# KLOTOお申し込み用紙

FAX送信先 : 03-6284-1563

ご記入日 年 月 日

団体名					
団体住所	〒				
競技種類	バスケットボール	その他 ( )	チーム人数		選手性別 男性 女性
代表者氏名			代表者 携帯電話番号		
代表者メールアドレス					

## KLOTOお申し込みプラン

1 Monthプラン

トライアル

相談したい

## ご質問・ご要望

ご連絡のつきやすい日時がありましたらお書き添えください。

お申し込みありがとうございます。受付完了後、スタッフよりお電話いたします。