

No. _____

令和6年度 クレー射撃初級者クリニック 参加申込書

ふりがな
参加者名 _____ 年齢 _____ 才 _____

銃砲所持許可証番号 _____

住所 _____

電話番号（携帯） _____ - _____ - _____

参加種目 _____ トラップ競技 _____ ・ _____ スキート競技 _____

緊急連絡先 氏名 _____

連絡先 _____ - _____ - _____

- ※ クリニック参加者については全員保険に加入しますので、年齢等必ず記入をお願いいたします。
- ※ クリニック参加料につきましては大会当日に受付にて徴収させていただきます。
- ※ 入場料とクレー放出料が別途必要になります。
- ※ 大会参加申込書に記載された個人情報、漏えい等の事故防止に努め、愛知県公安委員会からの照会及び愛知県総合射撃場の事業案内以外では使用いたしません。