

平成 29 年度女子 GEM-3 (U19) 日本代表チーム選手選考会

【2017 年 第 12 回世界女子ジュニアソフトボール選手権大会出場選手選考会】

推 薦 用 紙

所属県名		
選手名 (ふりがな)		
所属チーム名 (正式名称) :		
代表者/学校長氏名 : ()		
所属先住所 : 〒		
電話 :		
FAX :		
※選考会結果通知送付先となります (重要)		
※4 月以降に所属先が変わる者は、別紙もしくは空欄に分かるようにご記入ください。		
ポジション	第 1 希望 ()	打 右・左
※具体的に記入のこと	第 2 希望 ()	投 右・左
生年月日 (西暦)	年 月 日	才 (2016 年 10 月 1 日現在)
	(平成 年)	※年齢制限 : 誕生日 1998 年 1 月 1 日以降
身長	体重	血液型
c m	k g	
チーム監督連絡先 TEL (携帯が望ましい)		本人連絡先 TEL (携帯が望ましい)
出身中学		出身高校 (卒業生のみ)
現住所 : 〒		
電話 :		FAX :
監督の推薦文(推薦理由を具体的に)		
本人の自己推薦文 (自己 PR)		
過去の日本代表歴		
	あり ()	なし
旧 NTS 参加実績	あり (年度)	なし
集合/解散時、送迎バスを使用 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない (いずれかに○)		

※本推薦用紙を提出するうえで、代表に選出された場合、必ず当該選手強化事業(合宿・大会)に参加することを確認してください。

都道府県協会会長名 _____ 印

所属代表者/学校長 名 _____ 印

チーム監督名 _____ 印

※記入された個人情報は選考会とその他の手配に使用するためのものです。