

トライアウト参加承諾書

1. 氏名: _____

2. 所属学校名: _____

埼玉上尾メディックスのトライアウトを受験することを承認いたします。

2020年 月 日

顧問名: _____ (印)

保護者: _____ (印)

※高校3年生は必ず顧問と保護者の承認を受けることが条件となります。