

◆事前アンケートにご協力をお願いします。教室初日２週間前までにご郵送またはEメールでご提出ください◆

**※WEB等でのお申込時などに既にご送付いただいている場合は、再度ご提出いただく必要はございません**

郵送先　〒192-0393　八王子市東中野742-1　中央大学クレセント・アカデミー事務室　宛  
Eメールアドレスcrescent-grp@g.chuo-u.ac.jp

ジュニアバスケットボール教室　事前アンケート

**氏　名：　　　　　　　　　　　　学　年：　　　　　年生**

**◆ミニバスケットボールチームに所属していますか？（○を付けてください）**

**はい　　　　　　　　いいえ　　　　　　　　初心者**

**◆上の質問で「はい」に○を付けた人は、所属チーム、いつから所属しているか、**

**練習の頻度を教えてください。**

**所属チーム名：**

**いつから：**

**頻度：　　月に　　　日程度　・　その他（　　　　　 　　　　　　　　）**

**◆好きなバスケットボールチームや、好きな選手がいたら教えてください。**

**好きなチーム：**

**好きな選手：**

**◆得意なプレーや苦手なプレーを教えてください。**

**得意：**

**苦手：**

**◆このバスケットボール教室で学びたいことを教えてください。**