

第一三共ヘルスケア・レディース2017
第40回全国レディース卓球大会 東京都予選会

【 団 体 戦 】

所 属 チ ー ム 名
申 込 責 任 者 名
T E L

印

区 分	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	年 齢	備 考
監 督	-----	S 年 月 日		
コ ー チ	-----	S 年 月 日		
選 手 1	-----	S 年 月 日		
選 手 2	-----	S 年 月 日		
選 手 3	-----	S 年 月 日		
選 手 4	-----	S 年 月 日		
選 手 5	-----	S 年 月 日		
選 手 6	-----	S 年 月 日		
選 手 7	-----	S 年 月 日		
選 手 8	-----	S 年 月 日		
選 手 9	-----	S 年 月 日		

※選手は9名以上登録が出来ません。選手変更は当日審判長にお申し出ください。

※年齢は平成30年4月1日現在で記入のこと。

◎ 大会参加料の領収証 要 ・ 不要 (○印を付けてください)

第一三共ヘルスケア・レディース2017
第40回全国レディース卓球大会 東京都予選会

【個人戦（ダブルス）】

所属チーム名
申込責任者名
T E L

印

種目 A/B/C/D	氏名	所属チーム名	生年月日	年齢	備考
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		
			S 年 月 日		

◎ 参加料 **2,000** 円 × 組 = を添えて申込みます。

◎ 大会参加料の領収証 要 ・ 不要 (○印を付けてください)

※用紙不足の場合はコピーをしてご使用ください。

※この大会は申込書(1)の他に申込書(2)も必ず添付してください。

※年齢は平成30年4月1日現在で記入のこと。

申込書 (2)

【 ダブルス 】

(注) ①氏名欄には姓だけを書くこと。

②所属は1つずつきちんと記入のこと。

(/)や(同上)は受付け出来ません。

大会名	第40回全国レディース卓球大会 東京都予選会
種目	

種目	氏名(姓のみ)	(所 属)
	,	()
	,	()
	,	()
	,	()
	,	() ⁵
	,	()
	,	()
	,	()
	,	() ¹⁰
	,	()
	,	()
	,	()
	,	()
	,	() ¹⁵
	,	()
	,	()
	,	()
	,	()
	,	() ²⁰
	,	()
	,	()
	,	()
	,	() ²⁵