

第一三共ヘルスケア・レディース2018
第45回関東レディース卓球大会

【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 3,000 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31年4月1日現在で記入のこと。