

第 50 回 東 京 レ デ ィ ー ス 卓 球 大 会  
兼 第 47 回 関 東 ブ ロ ッ ク レ デ ィ ー ス 卓 球 大 会 東 京 都 予 選 会

チーム名	
申 込 責 任 者	氏 名
	住 所 <span style="font-size: small;">〒</span>
	☎

区 分	(フ リ ガ ナ) 氏 名	生 年 月 日 (西 曆)	年 齢	備 考
監 督 代 表 者		年 月 日		
選 手 1		年 月 日		
選 手 2		年 月 日		
選 手 3		年 月 日		
選 手 4		年 月 日		
選 手 5		年 月 日		
選 手 6		年 月 日		
選 手 7		年 月 日		
選 手 8		年 月 日		
選 手 9		年 月 日		

※監督名・代表者名は必ず記入のこと。監督は必ず役職者登録者であること。  
 ※監督も生年月日を記入してください。  
 ※年齢は2021年4月1日現在で記入のこと。

◎ **参加料** 5,000 円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)

第一三共ヘルスケア・レディース2020  
第47回関東ブロック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  
TEL

印

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

5

10

※用紙不足の場合はコピーをしてご使用ください。

※年齢は2021年4月1日現在で記入のこと。

◎ 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)