

第一三共ヘルスケア・レディース2020
第43回全国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 〒
	☎

区分	(フリガナ) 氏名	生年月日 (西暦)	年齢	備考
監督		年 月 日		
コーチ		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		

※監督名は必ず記入のこと。監督およびコーチは必ず役職者登録者であること。
 ※選手は10名以上登録が出来ません。
 ※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43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 (西 曆)	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		
				年 月 日		

※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 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)