

第一三共ヘルスケア・レディース2019  
第42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員登録者であること。  
 ※選手は10名以上登録が出来ません。  
 ※選手変更がある場合は2名認めますので、当日審判長にお申し出ください。  
 ※年齢は2020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2019  
第42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2020年4月1日現在で記入のこと。

- ◎ 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)