

**第一三共ヘルスケアレディース2019関東大会
第46回関東ブロックレディース卓球大会千葉県予選会(団体戦)参加申込書**

支部名		チーム名	
種 別	氏 名	生 年 月 日	年 齢
監 督			
主将1			歳
2			歳
3			歳
4			歳
5			歳
6			歳
7			歳
8			歳
9			歳

※年齢は平成32年4月1日現在の当該年齢を記入して下さい。

1チーム 5,000円 × _____ チーム

合 計 = _____ 円

※ 現金を添えてお申込み下さい。

支 部		チーム名	
責任者	〒	責任者	印
住 所		氏 名 TEL	

* 申込用紙不足の場合は、コピーするか同様の書式で申込みください。

キ
リ
ト
リ
線

**第一三共ヘルスケアレディース2019関東大会
第46回関東ブロックレディース卓球大会 個人戦参加申込書**

種別	氏 名	チ-ム名	年 齢	生 年 月 日
A・B			歳	
C・D			歳	
A・B			歳	
C・D			歳	
A・B			歳	
C・D			歳	
A・B			歳	
C・D			歳	
A・B			歳	
C・D			歳	
A・B			歳	
C・D			歳	
A・B			歳	
C・D			歳	

キ
リ
ト
リ
線

※年齢は平成32年4月1日現在の当該年齢を記入して下さい。

* 申込用紙不足の場合は、コピーするか同様の書式で申込みください。

* 参加料の領収書が必要なチームは大会本部にお申し込みください。

※ 現金を添えてお申込み下さい。

1組 3,000円 × _____ 組 合計 = _____ 円

支 部		チ-ム名	
責任者	〒	責任者	
住 所		氏 名	印
		TEL	