

第29回 茨木社会人男子ダブルステニス大会 申込書

申込日 ※メール送信日

2024年	月	日
-------	---	---

参加ご希望の 카테고리を一つ選んで○又は✓を付けて下さい

<input type="checkbox"/>	A級	<input type="checkbox"/>	B級	<input type="checkbox"/>	ビギナー
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	------

- ・ カテゴリーを一つ選んで、1ペア分のみ記入して下さい
- ・ 必ず住所・電話番号を記入して下さい（未記入の場合、保険が支払われない場合があります）
- ・ 在勤でお申し込みの方は勤務先名・住所・電話番号もご記入ください
- ・ 大会当日ご連絡がとれる電話番号をご記入ください
- ・ 年齢基準は2024年12月31日時点となります

【ペア1人目】

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		現住所	〒			
所属団体名		電話番号				
勤務先名		勤務先住所	〒			
前年度 社会人ダブルス成績		勤務先電話番号				

【ペア2人目】

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		現住所	〒			
所属団体名		電話番号				
勤務先名		勤務先住所	〒			
前年度 社会人ダブルス成績		勤務先電話番号				

ご希望のCategoryが3ドロ-以下の場合、他のCategoryへ変更を希望されますか？ ※ビギナー ⇄ B級又はA級、 B級 ⇄ A級	<input type="checkbox"/>	希望します
	<input type="checkbox"/>	希望しません

【申込先】

Eメールアドレス	crhww74214@yahoo.co.jp
電話番号	090-2004-5390

※締切日：7月6日（土）午後5時迄