

ソニー生命カップ 第39回全国レディーステニス大会 茨城県大会 参加申込書

クラブ名 _____
〒 _____

クラブ代表者名 _____
〒 _____

クラブ代表者住所 _____

連絡先TEL _____

○参加資格に関わりますので、必ずご記入ください。

○年齢は2017年12月末日現在の年齢をご記入下さい。

No.	氏名(フリガナ)	所属クラブ	女子連 登録	生年月日 (西暦)	年齢	住 所	TEL	前年 実績	職業
1	-----		有・無	年 月 日		〒			
	-----		有・無	年 月 日		〒			
2	-----		有・無	年 月 日		〒			
	-----		有・無	年 月 日		〒			
3	-----		有・無	年 月 日		〒			
	-----		有・無	年 月 日		〒			
4	-----		有・無	年 月 日		〒			
	-----		有・無	年 月 日		〒			
5	-----		有・無	年 月 日		〒			
	-----		有・無	年 月 日		〒			

* 女子連未登録で本大会から登録する方は下記を記入し登録料を添えてお申込みください。

氏名	登録クラブ	新・継	生年	所属地区	〒	住所	TEL
		新・継	19				
		新・継	19				
		新・継	19				
		新・継	19				

個人登録で登録される方は、所属地区をご記入ください。

新規登録者:2,000円 継続者:1,500円