

第一三共レディースヘルスケア2009 山形県レディース卓球大会 参 加 申 込 書

団体チーム名 _____

住 所 〒 _____

連絡者名 _____ 印 _____ 電話 _____

登録 番号	登 録 区 分	氏 名	年 齢	生 年 月 日	参加 年代	備 考
	監 督					
	コ-チ					
	主 将					
	選 手					
	選 手					
	選 手					
	選 手					
	選 手					
	選 手					
	選 手					
	選 手					
	選 手					

ダブルスの部

氏 名	年 齢	生年月日	チ-ム名	備 考

参 加 料 団 体 7,000円 ダブルス 2,000円

平成21年 月 日 上記のとおり参加申し込みいたします。

締め切り日4月28日(火)

申込場所

〒999-3511 河北町谷地己78-3 縄 美枝子 気付 山形県卓球協会 あて

電話・FAX 0237-72-3468

必ず記入して下さい。

- イ、全国大会に出場する意志を有する。
- ロ、東北大会に出場する意志を有する。 八、県大会のみの参加である。