

令和2年度 第33回全国健康福祉祭卓球交流大会

福岡県代表選手選考会参加申込書

令和2年5月10日（日） 福岡市立博多体育館(武道室)

1	種 目	選手名(フリガナ)		生年月日		年齢
				昭和	年 月 日	歳
	住所			TEL		
	〒 -			- -		
2	種 目	選手名(フリガナ)		生年月日		年齢
				昭和	年 月 日	歳
	住所			TEL		
	〒 -			- -		
3	種 目	選手名(フリガナ)		生年月日		年齢
				昭和	年 月 日	歳
	住所			TEL		
	〒 -			- -		
4	種 目	選手名(フリガナ)		生年月日		年齢
				昭和	年 月 日	歳
	住所			TEL		
	〒 -			- -		
5	種 目	選手名(フリガナ)		生年月日		年齢
				昭和	年 月 日	歳
	住所			TEL		
	〒 -			- -		

- 申込締切日 令和2年4月20日（月）
- 各種目毎、部内ランキング順に記入してください。
- 用紙が足りない時はコピーしてください。

シングルス参加料 1,000円× 名= 円

チーム名			
申込責任者		TEL	- -
住 所	〒 -		