

令和4年度 第34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4年5月19日（木） 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4年4月19日（火）

●各種目毎、部内ランキング順に記入してください。 ※参加料は当日徴収

●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 1,200円× 名= 円

チーム名			
申込責任者		TEL	- -
住 所	〒 -		