

令和7年度 第37回全国健康福祉祭卓球交流大会 福岡県予選会参加申込書

令和7年5月15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
	選手ID				
	住 所			携 帯 番 号	
	〒 -			- -	
2	種目	選手名 (フリガナ)		生年月日	年齢
				昭和 年 月 日	歳
	選手ID				
	住 所			携 帯 番 号	
	〒 -			- -	
3	種目	選手名 (フリガナ)		生年月日	年齢
				昭和 年 月 日	歳
	選手ID				
	住 所			携 帯 番 号	
	〒 -			- -	
4	種目	選手名 (フリガナ)		生年月日	年齢
				昭和 年 月 日	歳
	選手ID				
	住 所			携 帯 番 号	
	〒 -			- -	
5	種目	選手名 (フリガナ)		生年月日	年齢
				昭和 年 月 日	歳
	選手ID				
	住 所			携 帯 番 号	
	〒 -			- -	

◎申込締切日：令和7年4月15日（火）必着

◎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下さい。

◎参加料 シングルス 1,200円 × 名 = 円

振込名は、チーム名・大会日で入力をお願いします（例）ケンタククラブ5/15

チーム名		支払日：		支払名：	
申込責任者		携帯番号：	- -		
住 所	〒 -				