

令和4年度 第34回全国健康福祉祭 かながわ大会  
横浜市代表選手選考会 ソフトテニス競技 申込書

特定非営利活動法人横浜ソフトテニス協会  
会長 宇津木 智 様

	申込日	令和4年 月 日
申込 責任 者	氏名	
	住所	〒
	電話	

下記の通り申込みいたします。

(性別) 生年月日		氏 名	年齢	住 所
(男・女) 昭和 年 月 日生	ペ			〒 TEL.
(男・女) 昭和 年 月 日生	ア			〒 TEL.
(男・女) 昭和 年 月 日生	ペ			〒 TEL.
(男・女) 昭和 年 月 日生	ア			〒 TEL.
(男・女) 昭和 年 月 日生	ペ			〒 TEL.
(男・女) 昭和 年 月 日生	ア			〒 TEL.

取得した個人情報は、参加者への連絡等、本選考会を運営するためにのみ使用いたします。

参加料金	円	( ペア分)
振込日	令和4年 月 日	振込人 氏 名

FAX申込みの場合：西村 泰宛て 045-801-1423 (※切り日4/30) 以上