

## 第9回千葉コルツァカップ参加申込書

チーム参加の場合↓		個人参加の場合↓	
チーム名		氏名	
代表者氏名		電話	
電話		PC メール	
住所			
PC メール			
参加カテゴリー	<b>1部 ・ 2部 ・ 3部(ウォーキングフットサル)</b> 個人参加の場合は2部または3部を選択してください。		
教えてください (大会当日 掲示します)	①フットボールの良さをどう感じていますか？なぜフットボールをするのですか？  ②チーム(または個人)で何を重視していますか？  ③仲間の誘い方を教えてください。		

チーム参加の場合は以下をご記入ください。

No	氏 名	性別	年齢	No	氏 名	性別	年齢
1				9			
2				10			
3				11			
4				12			
5				13			
6				14			
7				15			
8							

Mail: [kickoff@tomofuto.org](mailto:kickoff@tomofuto.org) FAX : 043-213-3778

FAX は医療法人静和会 新検見川メンタルクリニック 佐々宛でお願いします。  
 ご不明な点は上記メールアドレスか、043-213-3777までご連絡ください。

**平成31年2月28日(木)必着**