



第10回千葉コルツァカップ参加申込書

チーム参加用	
チーム名	
代表者氏名	
PC メール	
電話	
住所	
参加カテゴリー	1部・2部

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 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までご連絡ください。

令和3年5月31日(月)必着