

第 11 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	1部 ・ 2部 個人参加の場合は 1部または2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 F A X : 0 3 - 6 4 5 7 - 1 5 1 1

FAX は医療法人宙麦会 ひだクリニックお台場 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、03-6457-1151までご連絡ください。

令和4年5月28日(土)必着