

## 第 12 回千葉コルツァカップ参加申込書(チーム)

チーム名	
代表者氏名	
電話	
住所	
PC メール	
参加カテゴリー	1部 ・ 2部
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コルツァカップ(県代表決定戦)参加チームが減っていますがどう思いますか？

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 : 03-6457-1523

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5年9月16日(土)必着