

第 14 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
領収書	必要 ・ 必要なし
領収書の宛名 <small>領収書が必要な方のみ</small>	

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 : 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7年9月4日(木)必着