

## 第 14 回千葉コルツアカップ参加申込書(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 領収書が必要な方のみ	

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**