

第 15 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	
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8年5月7日(木)必着