

会場案内図



..... キリトリ線

申込書送付先：第126回九州医師会医学会記念ゴルフ大会係 行
 メール：isisyomu@kagoshima.med.or.jp FAX:099-254-8129

ゴルフ大会申込書

令和 8 年 月 日申込

所属医師会名	県 医師会			
住 所	〒			
	TEL		FAX	
フリガナ 氏 名	会 員		夫 人	
生年月日	S ・ H	年 月 日 (歳)	S ・ H	年 月 日 (歳)
H C	オフィシャルHC 有・無 有の場合 HC ()		オフィシャルHC 有・無 有の場合 HC ()	
参 加 費	合計 円 (銀行振込・現金書留)			
連絡事項				

※該当項目に記入または○印をしてください。

※参加者には組合せ表と詳細地図を後日お送りいたします。

受付	令和 8 年 月 日	No.
----	------------	-----