

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剣道大会係 行
 メール：isisyomu@kagoshima.med.or.jp FAX:099-254-8129

剣道大会申込書

令和 8 年 月 日申込

所属医師会名	県			医師会		
フリガナ 氏 名						
生年月日	S ・ H	年	月	日 (	歳)	
住 所	〒					
	TEL			FAX		
	E-mail					
段位称号	段 位 (			段) 称 号 (		
参 加 費						
連絡事項						

※該当項目に記入または○印をしてください。

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