

申込書送付先：第126回九州医師会医学会記念ラグビー大会係 行
メール：isisyomu@kagoshima.med.or.jp FAX:099-254-8129

ラグビー大会申込書

令和 8 年 月 日申込

1. 参加登録（下記のどちらかに○をつけて下さい）

チーム参加 ・ 個人参加

2. 代表者連絡先（個人参加者もご記入ください）

フリガナ		年齢	所属チーム名	協会選手登録
氏 名				済 ・ 未
連絡先 [勤務先または自宅]	〒			
	TEL	()	FAX	()
	携帯電話	- -	E-mail	
				AF (アフターファンクション)
				参加 ・ 不参加

3. 参加者リスト

フリガナ	年齢	連絡先 [勤務先または自宅]	協会選手登録 ポジション (AF・BK)	AF (アフターファンクション)
氏 名				
1		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
2		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
3		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
4		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
5		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
6		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
7		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
8		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
9		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
10		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
11		〒 TEL:	済 ・ 未 AF ・ BK	参加 ・ 不参加
参 加 費		@2,000× 名 =	円（当日現金にて徴収いたします）	

※該当項目に記入または○印をしてください。
※記入欄が足りない場合は、申込書をコピーしてください。

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

記念行事案内