

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

サッカー大会申込書

令和 8 年 月 日申込

フリガナ				フリガナ	
チーム名				代表者	
連絡先住所	〒				
	TEL		FAX		
	携帯電話		E-mail		
備 考	☐ 個人参加(該当する場合は ☒ をご記入下さい。)				

	フリガナ 氏 名	年 齢	住 所	電 話
1			〒	
2			〒	
3			〒	
4			〒	
5			〒	
6			〒	
7			〒	
8			〒	
9			〒	
10			〒	
11			〒	
12			〒	
13			〒	
14			〒	
15			〒	

※ 該当項目に記入または☒ をしてください。
※ 宿泊は、各自別途お申込みください。
※ 枠を超える場合はコピーして使用してください。

受 付	令和 8 年	月	日	No.
-----	--------	---	---	-----