

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

卓球大会申込書

令和 8 年 月 日 申込

チーム名(フリガナ)			
代表者名(フリガナ)			
連絡先住所(必須)	〒	FAX	
	E-mail	TEL	

氏名(フリガナ)	電話(病院・自宅)	性別	年齢	団体戦	個人戦 クラス	懇親会
						出・欠
						出・欠
						出・欠
						出・欠
						出・欠
						出・欠
						出・欠
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、個人戦はクラスをご記入ください。

※チーム編成は、出身大学もしくは県単位でチームを組むことを原則とします。
卒業後に所属している大学および県での出場も認めます。

※団体戦メンバーが5名未満の場合でも、希望のある場合には大会本部の裁量にて
他チームを結成いたします。ご希望の場合にはその旨を連絡事項にご記入ください。

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