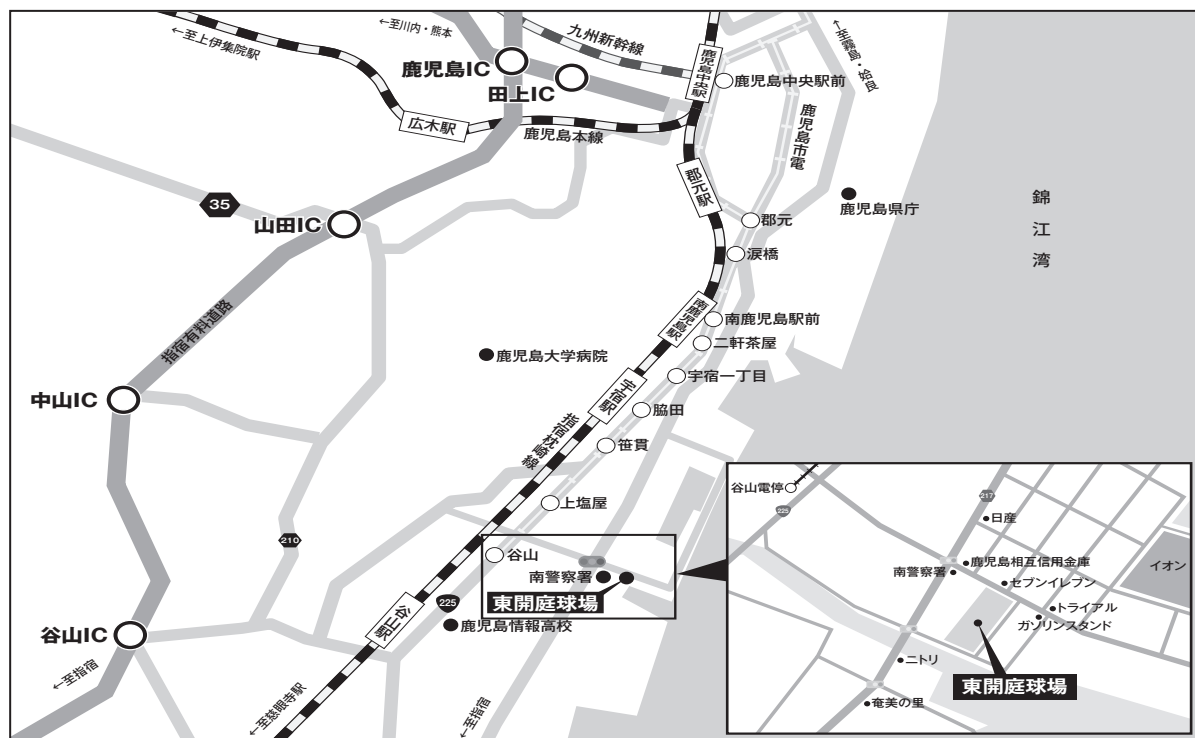


会場案内図



..... キリトリ線

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

テニス大会申込書

令和 8 年 月 日申込

所属医師会名	県 医師会 ・ 大学				
フリガナ氏 名					
生年月日	S ・ H	年	月	日	(歳)
住 所	〒				
	TEL:		FAX:		
メールアドレス (是非ご記入ください)					
参加種目	(1) 77歳以上 パートナーを決めずにお申込み下さい。				
	(2) 70歳以上	(3) 60歳以上	(4) 50歳以上	(5) 50歳未満	(6) 女子
ペア氏名					
懇親会	出席	会員 ・ 夫人 ・ 子供	人	欠席	
参加費	合計	円 (銀行振込のみ)			
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.
----	------------	-----