

第9回道上杯レディースダブルス卓球大会

チーム名		
申込 責任者	氏名	
	住所 〒	
	☎ 携帯	FAX

種目	氏名	所属チーム名	生年月日 (西暦)	年齢	備考 (支部名)
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

5

10

※種目欄には A~Dの記号をご記入ください。
 ※種目ごとにまとめて強い順にご記入ください。
 ※用紙不足の場合はコピーをしてご使用ください。
 ※年齢は2025年4月1日現在で記入のこと。

◎ 参加料

2,000 円 × 組 = 円