

第一三共ヘルスケア・レディース2021  
第44回全国レディース卓球大会 東京都予選会

チーム名	
申込 責任者	氏名
	住所 〒
	☎

区分	(フリガナ) 氏名	生年月日 (西暦)	年齢	備考
監督		年 月 日		
コーチ		年 月 日		
選手1		年 月 日		
選手2		年 月 日		
選手3		年 月 日		
選手4		年 月 日		
選手5		年 月 日		
選手6		年 月 日		
選手7		年 月 日		
選手8		年 月 日		
選手9		年 月 日		

※監督名は必ず記入のこと。監督およびコーチは必ず役職者登録者であること。

※選手は10名以上登録が出来ません。

※年齢は2022年4月1日現在で記入のこと。

※試合当日のメンバー変更および追加は不可。変更は大会日1週間前の該当曜日まで受付。

(FAXもしくはホームページお問い合わせフォームより)

不測の事態に備え、あらかじめ余裕のあるチーム編成で申込むこと。

◎ 参加料

5,000

円を添えて申込みます。

◎ 大会参加料の領収証

要

・ 不要

(○印を付けてください)

第一三共ヘルスケア・レディース2021  
第44回全国レディース卓球大会 東京都予選会

【 個人戦（ダブルス）】

所属チーム名  
申込責任者名  
T E L

種目 A/B/C/D	氏 名	所属チーム名	生 年 月 日 (西 曆)	年 齢	備 考
			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		

※用紙不足の場合はコピーをしてご使用ください。  
※年齢は2022年4月1日現在で記入のこと。

◎ 参加料 2,000 円 ×  組 =  を添えて申込みます。

◎ 大会参加料の領収証 要 ・ 不要 (○印を付けてください)