

第10回 日の出町社会福祉チャリティゴルフ大会参加申込書

開催日 令和8年5月12日(火) 東京五日市カントリー倶楽部

※1番上の欄には代表者の方のご記名をお願いします。

ふりがな				性別	男・女	生年月日		
氏 名						年	月	日生 (歳)
住 所	〒 - ハンデ ()					下記の希望するプレーに○		
						キャディ付 セルフ		
連絡先	自宅	-	-	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		
	FAX:	-	-	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	参加費

ふりがな				性別	男・女	生年月日		
氏 名						年	月	日生 (歳)
住 所	〒 - ハンデ ()					下記の希望するプレーに○		
						キャディ付 セルフ		
連絡先	自宅	-	-	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		
	FAX:	-	-	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	参加費

ふりがな				性別	男・女	生年月日		
氏 名						年	月	日生 (歳)
住 所	〒 - ハンデ ()					下記の希望するプレーに○		
						キャディ付 セルフ		
連絡先	自宅	-	-	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		
	FAX:	-	-	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	参加費

ふりがな				性別	男・女	生年月日		
氏 名						年	月	日生 (歳)
住 所	〒 - ハンデ ()					下記の希望するプレーに○		
						キャディ付 セルフ		
連絡先	自宅	-	-	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		
	FAX:	-	-	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	参加費

・申込書をコピーまたは切り取ってご提出ください。

※この申込み書における「個人情報の取り扱い」については、日の出町社会福祉協議会の管理の元チャリティゴルフ大会以外には使用いたしません。