

# 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 携帯 - -	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		参加費
	FAX: - -	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	

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 携帯 - -	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		参加費
	FAX: - -	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	

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 携帯 - -	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		参加費
	FAX: - -	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	

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 携帯 - -	過去の大会参加		該当する場合は○をしてください		参加費
	FAX: - -	有 - 無		五日市、メンバー	五日市、友の会	

- 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。