

近畿医師テニス大会 (ダブルス)

参加申し込み用紙

正会員	氏名	年齢	1) 無差別
			2) 男子 年齢別
	住所〒		3) 女子 年齢別
			4) 混合
パートナー	氏名	年齢	1) 無差別
			2) 男子 年齢別
	住所〒		3) 女子 年齢別
			4) 混合
家族会員 など	氏名	年齢	1) 無差別
			2) 男子 年齢別
	住所〒		3) 女子 年齢別
			4) 混合
パートナー	氏名	年齢	1) 無差別
			2) 男子 年齢別
	住所〒		3) 女子 年齢別
			4) 混合
緊急連絡先 携帯など			
E-mail			

FAX 06-4961-3477