

〈平成27年兵庫県医師テニス大会〉

平成27年 9月 13日(日)

試 合 : 参 加 不 参 加

希望クラス

(A) 男子A級 (B) 男子B級 (C) 女子

御氏名 _____ (満 歳)

パートナー御氏名 _____ (満 歳)

(パートナー未定の場合、世話人に一任させていただきます)

メッセージ

当日連絡先 (雨天中止の場合、連絡致します)