

()月分申込 **ひたちの園の健康園** **健康園 CUP** 参加申込書

| | | | |
|------|----|------|-------|
| 代表者名 | 住所 | 電話番号 | FAX番号 |
| | 〒 | | |

| | | | | | |
|--------|------|------|-----|-----------|----------|
| NO. 1 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 2 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 3 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 4 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 5 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 6 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 7 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 8 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 9 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |
| NO. 10 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| | | | 男・女 | T・S 年 月 日 | 歳 |
| | 電話番号 | 住所 〒 | | | 昼食 有 / 無 |

※10名様以上のお申し込みは申込書をコピーしてお使いください。
 ※昼食は当日キャンセルすることは出来ません。

申込期間：前大会翌日～定員になり次第終了

〒319-2412
 茨城県常陸大宮市小瀬沢814
ひたちの園の健康園
 TEL 0295-56-3131
 FAX 0295-56-3881