

第4回四日市市SSピンポン交流大会参加申込書

市町・地区			
ふりがな		電話番号	
代表者氏名			

ダブルス(①一般の部 ②キッズ・ファミリーの部)

* 希望の部を○印で囲んで下さい

	ふりがな	年齢	住所	電話	障害		競技経験	
	名 前				有	無	有	無
①					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
②					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
③					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
④					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
⑤					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無
					有	無	有	無

* 参加申込に関わる個人情報、当大会の主旨以外に使用いたしません。

申込締切

令和8年2月4日(水)

上 記 を 申 し 込 ん だ 申 し 込 みます。

令 和 年 月 日

申込者又は
スポーツ推進委員 名前

=====