

岡山県知事杯争奪卓球選手権大会 申込書

《8/5締切》

- ・ 出場希望クラス欄に○印をしてください
- ・ 県卓によりクラス分けを行いますので
希望クラスとならない場合がありますので了承下さい。

チーム名	
代表者名	印
住 所 〒	
電 話	

- ・ チーム編成は4~5名とします
- ・ 大会プログラム作成をフルネームで行うため協力願います。

・ Aクラス ・ Bクラス ・ Cクラス ・ 女子Aクラス ・ 女子Bクラス () チーム

No.	氏 名 (フルネーム)	年 齢	備 考 (主な戦績があれば記入)
1			
2			
3			
4			
5			

・ Aクラス ・ Bクラス ・ Cクラス ・ 女子Aクラス ・ 女子Bクラス () チーム

No.	氏 名 (フルネーム)	年 齢	備 考 (主な戦績があれば記入)
1			
2			
3			
4			
5			

・ Aクラス ・ Bクラス ・ Cクラス ・ 女子Aクラス ・ 女子Bクラス () チーム

No.	氏 名 (フルネーム)	年 齢	備 考 (主な戦績があれば記入)
1			
2			
3			
4			
5			