

第 回 全国健康福祉祭( )大会選手選考会 参加申込書

団体コード番号:

団体名:

代表者名:

印

事務担当者名:

担当者電話番号:

(昼間連絡が取れる番号)

ふりがな 氏名 (血液型)	生年月日	年齢	称号段位	住所	職業
( 型)	・	・		〒	
( 型)	・	・		〒	
( 型)	・	・		〒	
( 型)	・	・		〒	
( 型)	・	・		〒	
( 型)	・	・		〒	
( 型)	・	・		〒	
( 型)	・	・		〒	

(注) 各欄は、楷書で正確に記入してください。

参加料 1,000円 × 名 = 円