

第5回 味方地区親善卓球大会 申込書

日 時 令和7年12月6日（土） 午前8時～

会 場 新潟市味方体育館

チーム名 (適宜チーム名を付けてください。)		
選手名 (ダブルス二人組の名前を記載) (該当する年代に○印)	年代（～15歳 16～25 26～64 65～）	
	年代（～15歳 16～25 26～64 65～）	
申込者氏名		
申込者連絡先 (当日連絡のとれる電話番号を記載)		
所属クラブ (該当項目に○印)		味方卓球クラブ
		味方中学校卓球部
		なし（一般参加）
備 考		

上記のとおり、味方地区親善卓球大会への参加を申し込みます。

※ 改めて参加についての連絡はしませんので、当日時間までにお集まりください。