第６回　味方地区親善卓球大会　申込書

日　時　　令和８年１２月６日（日）　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） （該当する年代に〇印）	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 （該当項目に〇印）		味方卓球クラブ
		その他の卓球クラブ
		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。