

○をつけて下さい

受付日 月 日

男子	6人制 / 20	9人制 / 16
女子	6人制 / 20	9人制 / 12
家庭婦人		9人制 / 62

フリガナ		連盟登録
チーム名		あり ・ なし

キャプテンは、背番号に○印を記入してください。

★自宅が区外の場合は記入のこと

	背番号	氏名	年齢	住所(自宅)	勤務先名・電話番号 住所	
					名称	TEL
1			歳		名称	TEL
					新宿区	
2			歳		名称	TEL
					新宿区	
3			歳		名称	TEL
					新宿区	
4			歳		名称	TEL
					新宿区	
5			歳		名称	TEL
					新宿区	
6			歳		名称	TEL
					新宿区	
7			歳		名称	TEL
					新宿区	
8			歳		名称	TEL
					新宿区	
9			歳		名称	TEL
					新宿区	
10			歳		名称	TEL
					新宿区	
11			歳		名称	TEL
					新宿区	
12			歳		名称	TEL
					新宿区	
13※			歳		名称	TEL
					新宿区	
14※			歳		名称	TEL
					新宿区	
15※			歳		名称	TEL
					新宿区	
監督					名称	TEL
					新宿区	
コーチ					名称	TEL
					新宿区	
マネージャー					名称	TEL
					新宿区	
連絡責任者			TEL		名称	TEL
					新宿区	

※メンバー登録は、6人制、12名以内、9人制・家庭婦人、15名以内です。

※6人制の申込みの場合、13～15には、記載しないでください。

※背番号(選手番号)の若い順に記入してください。

◆この個人情報、本件に関する業務以外には使用しません。