～サブ大会『目指せ！ピンクリボンレディーステニス大会』～　申込書

★非会員の方の所属は「フリー」と記載してください
★生年月日は必ずご記入ください

《チャレンジクラス》

	氏　名	所　属	TEL	生年月日（19〇〇年）	マンモ検診
1					
2					
3					
4					

《65歳以上の部》

	氏　名	所　属	TEL	生年月日（19〇〇年）	マンモ検診
1					
2					
3					
4					

★参 加 料　　会　　員　　1,500円　×（　　）人＝（　　）円
　　非 会 員　　2,000円　×（　　）人＝（　　）円
　　合　計　（　　）円

★記念Tシャツ　1枚　2，500円
S（　　）枚　M（　　）枚　L（　　）枚　LL（　　）枚
Tシャツ合計　（　　）円

★マンモバス検診を希望される方は〇をつけてください（検診料は当日徴収いたします）
試合に参加されない方、非会員の方も受診できます
※雨天の場合もマンモバス検診は実施いたします

どちらかに〇をつけてご記入ください
1．（　）月（　）日　口座に振り込みました
2．（　　）理事に預けました

申込責任者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連 絡 先＿〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL／FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※これによって得た個人情報は利用目的以外には使用いたしません