

多摩市社会福祉協議会 第4回 地域ささえあい歳末チャリティゴルフ大会 参加申込書
 [代表者のお名前] 太枠内にご記入いただき、当てはまるものに○を付けてください。

受付 No.	ふりがな氏名	性別	生年月日 年 月 日 歳	住 所	連 絡 先 (自宅又は携帯には、当日連絡の つく番号をご記入ください)	領収書 No.
		男・女	昭和・平成 年 月 日 歳	〒 -	自宅 FAX 携帯	
介助者が同行する場合 その方の氏名				連絡先を上記以外にご希望の場合 名称() 住所() 電話()		

[同グループでご参加される方のお名前]

受付 No.	ふりがな氏名	性別	生年月日 年 月 日 歳	住 所	連 絡 先 (自宅又は携帯には、当日連絡の つく番号をご記入ください)	領収書 No.
		男・女	昭和・平成 年 月 日 歳	〒 -	自宅 FAX 携帯	
		男・女	昭和・平成 年 月 日 歳	〒 -	自宅 FAX 携帯	
		男・女	昭和・平成 年 月 日 歳	〒 -	自宅 FAX 携帯	

(ご記入いただいた個人情報については厳重に取扱い、本会の事業以外に利用いたしません。)

※ 希望スタート時間 **時 分頃**

(8時30分～9時30分頃の時間帯はご希望が集中します。ご希望に沿えない場合はご了承ください。)

※ 参加費をお支払いいただく時期は改めてご案内いたします。ご予約の際にはまだお支払いを行わないでください。

※ 組み合わせ表は メールにて送信 させていただきます。ご連絡は11月12日(金)以降の予定です。

[送付先メールアドレス: _____]

(携帯、パソコンのアドレスは問いませんがPDF等の添付ファイルが確認できるアドレスをご記入ください。)

メール受信が難しい場合は **FAX・郵送** いたします。(いずれかお選び下さい)

※ [グループ参加の場合] 代表者以外にも組合せ表の連絡を希望 **する・しない**

(その他、連絡事項がありましたらご記入ください)

申込書受付日: 月 日	担当:	備考
参加費徴収	持参・振込 (月 日付)	
担当:	3,000円× 人分= 円	

[事務局受付欄]