

第29回多摩市社会福祉協議会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 年齢	住所	電話番号 (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 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 年齢	住所	電話番号 (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 歳	〒 _____	自宅 FAX 携帯	
		男・女 歳	〒 _____	自宅 FAX 携帯	
		男・女 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

(例年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。)

※ 参加費は **銀行振込・社協に持参** (いずれかお選び下さい)

※ 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6月頭の予定です。

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)

[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。)

※ [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)

[事務局受付欄]

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：	2,000円× 人分 = 円	