

# 第31回FOLTリーグ(オープン)申込書

【FAX・郵送用】

会場：横浜武道館

申込期間 5/12～5/23

チーム名	代表者名
代表者住所 〒	電話番号
Eメール	FAX番号

カット

チーム名	◎	選手氏名	性別	加盟・非加盟	男子ランク	女子ランク
			男・女	加・非	1部 2部 3部	1部 2部 3部 4部 5部
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非	1部 2部 3部	1部 2部 3部 4部 5部
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非	1部 2部 3部	1部 2部 3部 4部 5部
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		
			男・女	加・非		

☆参加人数により、自己申告ランクを変更する場合があります。  
 ☆複数で同名チームの申込みの場合、強い順にA.B.C・・・と付けて下さい。  
 ☆カットマンは氏名の前に◎印をつけて下さい。  
 ☆前回参加したチーム名と違う場合は、前回のチーム名を氏名の後に記入して下さい。

加盟 4800円 × チーム＝ 円  
 非加盟 5600円 × チーム＝ 円  
 (1チーム800円の冷房費を含む)

計 \_\_\_\_\_ 円を 5月25日(日)までに出場不可の連絡が無い場合に振り込みます。  
 振込み日 **5月26日(月)～6月2日(月)**  
 郵便振替 **00290-8-65918**  
 加入者名 **新日本スポーツ連盟 神奈川県レディース部**

\* 当日台出しのスタッフのご協力をお願いできる方、お名前をご記入ください。(お昼のお弁当を用意いたします)

氏名 \_\_\_\_\_