

バタフライ・チームカップ
「第19回 新春ダブルスチーム大会」参加申込書

クラブ名 _____ 参加チーム数 _____

代表者名 _____ 締切り 2024年1月10日(金)

電話番号 _____ FAX 0742-31-4092

氏名はフルネームで記入してください。

| | | |
|------|----|----|
| チーム名 | ① | |
| 選手名 | 1. | 4. |
| 選手名 | 2. | 5. |
| 選手名 | 3. | 6. |
| チーム名 | ② | |
| 選手名 | 1. | 4. |
| 選手名 | 2. | 5. |
| 選手名 | 3. | 6. |
| チーム名 | ③ | |
| 選手名 | 1. | 4. |
| 選手名 | 2. | 5. |
| 選手名 | 3. | 6. |
| チーム名 | ④ | |
| 選手名 | 1. | 4. |
| 選手名 | 2. | 5. |
| 選手名 | 3. | 6. |