

第14回スパランド裸・楽・良ゴルフコンペ 申込用紙

平成30年 月 日申込

申込代表者名【 】

1	名前		生年月日	年 月 日	年 齡	歳	男・女
	住所	(〒 -)			連絡先	- -	
2	名前		生年月日	年 月 日	年 齡	歳	男・女
	住所	(〒 -)			連絡先	- -	
3	名前		生年月日	年 月 日	年 齡	歳	男・女
	住所	(〒 -)			連絡先	- -	
4	名前		生年月日	年 月 日	年 齡	歳	男・女
	住所	(〒 -)			連絡先	- -	

合計	人 参加
----	------

※1人から参加できます。

連絡事項

1. FAX 送信後に、スパランド裸・楽・良へ受信確認の電話をお願いします。
2. 申込締切後、スタート表を郵送いたします。必ず、連絡先を記入してください。
3. 主催者側で傷害保険の手続きをいたします。全て記入してください。
4. 申込締切 平成30年11月12日(月)

申込先

スパランド裸・楽・良 ゴルフコンペ担当 高田・高嶋
 〒891-1102 鹿児島市東俣町1450番地
 TEL 099-245-7070 FAX 099-245-7088