

クレー射撃

トラップ

スキート

※申込種目を○で囲むこと

市町村名 _____

代表者

現住所または
勤務先住所

携帯電話

***注意 楷書でお願いします。**

団 体

	(ふりがな) 選手氏名	生年月日	性別	現住所または勤務先住所	TEL
1					
2					
3					
4					
5					

個 人

	(ふりがな) 選手氏名	生年月日	性別	現住所または勤務先住所	TEL
1					
2					
3					
4					
5					

参加料 ◎申込時に記入してください 7,000円 × 人 = 円

※参加申込書に記載された個人情報に関しては、大会運営業務においてのみ使用します。

上記のとおり申込みいたします。

令和 年 月 日

代表者名 _____

高知県クレー射撃協会 様