

大阪府医師会テニス部主催 ダブルス大会

近畿医師テニス ダブルス大会

参加 申し込み用紙

正会員	氏名	年齢	1) 無差別
	住所〒		2) 男子 年齢別
パートナー	氏名	年齢	3) 女子 年齢別
	住所〒		4) 混合
家族会員 準会員 その他	氏名	年齢	1) 無差別
	住所〒		2) 男子 年齢別
パートナー	氏名	年齢	3) 女子 年齢別
	住所〒		4) 混合
緊急時連絡先 携帯など			
E-mail			

年 月 日

申込先(大阪府医師テニス協会事務局) FAX:082-942-0216