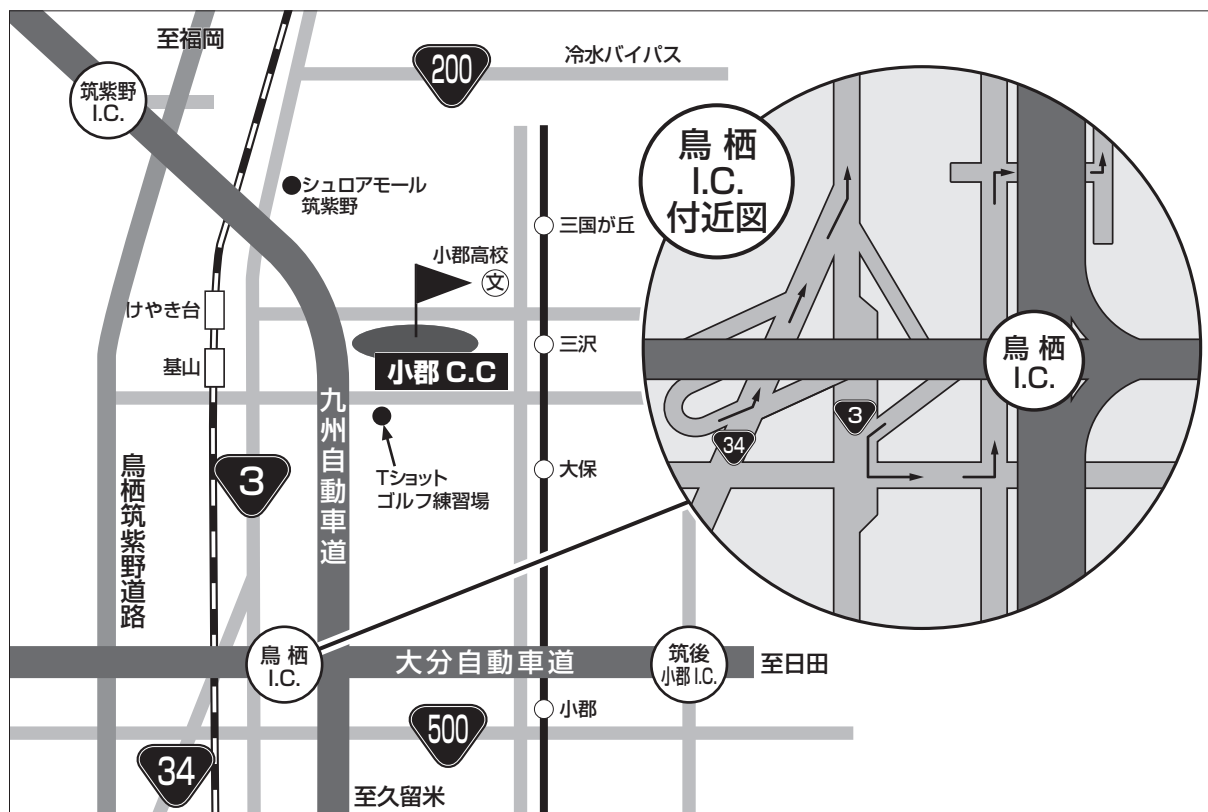


会場案内図



キリトリ線

FAX 092-411-6858

ゴルフ大会申込書

令和7年 月 日申込

所属医師会名	県		医師会	
住 所	〒			
	TEL		FAX	
フリガナ 氏 名	会 員		夫 人	
生年月日	S ・ H	年 月 日 (歳)	S ・ H	年 月 日 (歳)
H C	オフィシャルHC 有 ・ 無 有の場合 HC ()		オフィシャルHC 有 ・ 無 有の場合 HC ()	
参 加 費	合計 円 (銀行振込 ・ 現金書留)			
連絡事項				

※該当項目に記入または○印をしてください。

※参加者には組合せ表と詳細地図を後日お送りいたします。

受付	令和 7 年 月 日	No.
----	----------------------	-----