

第12回 オール関西チャリティゴルフフェスタ&コンペ FAX参加申込書

開催要項及び下記の記入注意事項をよくお読みになって、下記の記入欄にご記入ください。

記入上の注意

- (1) 1組3～4名でお申込みください。(2名以下は不可)
- (2) 申込記入欄に1箇所でも記入漏れがあった場合は無効となります。
- (3) スタート時間確定後のキャンセルについては、各ゴルフ場の規定に準じます。

① ゴルフ場名、開催日、ご希望スタート時間

府県 <small>(必須)</small>	ゴルフ場名 <small>(必須)</small>	開催日 <small>(必須)</small>
府 県		月 日
ご希望スタート時間帯を○で囲んでください。 <small>(必須)</small>		
7時	8時	9時
		10時
		何時でも

※ご希望の時間に添えない場合もあります。

② 申込者の記入

- (1) 申込者及びラウンドメンバーは、関西ゴルフ振興に賛同いただける健全なゴルファーです。
- (2) 生年月日の記入で、年号は○で囲んでください。
- (3) 代表者の電話番号は、日中の連絡が可能な番号を記入してください。

FAX番号 <small>(必須)</small>		電話番号 <small>(必須)</small>	
申込者 <small>(必須)</small>	(フリガナ) 氏名	(姓) _____ (名) _____	男・女 生年月日 昭和・平成 年 月 日
	住所	〒 _____	

【ラウンドメンバー】

メンバー1 <small>(必須)</small>	(フリガナ) 氏名	(姓) _____ (名) _____	男・女
メンバー2 <small>(必須)</small>	(フリガナ) 氏名	(姓) _____ (名) _____	男・女
メンバー3 <small>(必須)</small>	(フリガナ) 氏名	(姓) _____ (名) _____	男・女
メンバー4	(フリガナ) 氏名	(姓) _____ (名) _____	男・女

※1組でお申込みの方は、申込者の方を1番目に記入。

きじり

○お問い合わせ先

一般社団法人 **関西ゴルフ連盟** TEL.06-6445-6801

〒550-0002 大阪市西区江戸堀1-2-16 山下ビル3階