

多摩市社会福祉協議会
冬季 チャリティゴルフ大会 参加申込書

〔代表者のお名前〕

太枠内にご記入いただき、当てはまるものに○を付けてください。

受付 No.	ふりがな 氏 名	生年月日 性 別	住 所 または連絡希望先(職場など)	連 絡 先 (電話欄には自宅又は携帯で、 当日連絡のつく番号をご記入ください)	領収書 No.
		昭和・平成	〒 -	電話	
		年 月 日		FAX	
		男・女		メール	
介助者が同行する場合 その方の氏名			※メールは、携帯・PCを問いません。 PDF等の添付ファイルが確認できるアドレスをご記入ください。 ※メール受信が難しい場合は FAX ・ 郵送 いずれかを選択ください。		

〔同グループでご参加される方のお名前〕

受付 No.	ふりがな 氏 名	生年月日	住 所	連絡先	領収書 No.
②		昭和・平成	〒 -	電話	
		年 月 日		FAX	
		男・女		メール	
③		昭和・平成	〒 -	電話	
		年 月 日		FAX	
		男・女		メール	
④		昭和・平成	〒 -	電話	
		年 月 日		FAX	
		男・女		メール	

※ 抽選は、代表者および同グループにお名前の記載のある方が対象となります。抽選申込締切(10/17)の時点で「未
定」など氏名の記載のない方は、枠を確保することはできません。(当選後のメンバー変更は可能です。)

また、個人や別グループで別途申込をしているなど、記載されたお名前に重複があった場合はいずれの申込も対象外と
させていただきます。参加される方の取りまとめの際にはご注意ください。

※ 抽選の結果はメール・FAX・電話いずれかでご案内します。通知の期間中に連絡の取れるものを記載ください。

◆ 希望スタート時間 時 分頃 (8時30分～9時30分頃の時間帯はご希望が集中しますので、
ご希望に沿えない場合はご了承ください。)

◆ 組み合わせ・スタート時間等は 11月中旬以降に 上記の連絡方法でご案内させていただきます。

〔グループ参加の場合〕 代表者以外にも組合せ表等の連絡を希望 する・しない

★メンバー②の方 (メール / FAX / 郵送) ★メンバー③の方 (メール / FAX / 郵送)

★メンバー④の方 (メール / FAX / 郵送) それぞれご連絡方法に○を付けてください

(その他、連絡事項がありましたらご記入ください)

〔事務局記入〕 備考欄	申込書受付日： 月 日		担当：
	参加費徴収	持参・振込 (月 日付)	
	担当：	3,000 円× 人分＝ 円	