

多摩市社会福祉協議会 第34回チャリティゴルフ大会 参加申込書

【代表者】(太枠内にご記入いただき、あてはまるものに○をつけてください。個人情報については厳重に取り扱い、当会の事業以外に利用いたしません)

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 (電話欄には自宅または携帯で 当日連絡のつ(番号を記載ください)	領収書 No.
		昭和・平成 年月日 男・女	〒 -	電話 メール FAX	
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等の添付ファイルの確認ができるアドレスをご指定ください。 ※上記欄に記載が難しい、複数宛先に連絡を希望するなどがあれば、こちらに記入ください。			

【同グループで参加される方のお名前】

受付 NO.	ふりがな 氏名	生年月日等	住 所	連絡先	領収書 No.
②		昭和・平成 年月日 男・女	〒 -	電話 メール FAX	
③		昭和・平成 年月日 男・女	〒 -	電話 メール FAX	
④		昭和・平成 年月日 男・女	〒 -	電話 メール FAX	

※ 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。抽選締切(4/20)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 5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	