

高知県民スポーツフェスティバル

クレ－射撃

トラップ	スキート
------	------

※申込種目を○で囲むこと

市町村名

代表者	
現住所または勤務先住所	
携帯電話	

*** 注意** **楷書でお願いします。**

団 体

	(ふりがな) 選手氏名	生年月日	性別	現住所または勤務先住所	TEL
1					
2					
3					
4					
5					

個 人

	(ふりがな) 選手氏名	生年月日	性別	現住所または勤務先住所	TEL
1					
1					
1					
1					
1					

参加料 ◎申込時に記入してください 7, 000円 × 人＝ 円

※参加申込書に記載された個人情報に関しては、大会運営業務においてのみ使用します。

上記のとおり申込みいたします。

令和 年 月 日

代表者名

高 知 県 ク レ ー 射 撃 協 会 様