

## 「十日町 CUP 2020」申込書



チーム名			
選手名 (フルネームで記入) (年齢)	障がい ( ) 内に障がい名を記入		
①  ( ) 歳	有 ( )		
②  ( ) 歳	有 ( )		
③  ( ) 歳	有 ( )		
④  ( ) 歳	有 ( )		
⑤  ( ) 歳	有 ( )		
◆代表者名			
◆代表者住所 〒 —			
電話：( ) —			
E-mail：			
受付 NO	受付日	受付担当者	備考
	月 日 ( )		

※ご記入いただいた情報は、本大会のために使用します。