

第13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 必須	ゴルフ場名 必須				開催日 必須
府 県					月 日
ご希望スタート時間帯を○で囲んでください。 必須					
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 必須					電話番号 必須			
申込者 必須	(フリガナ)	(姓)	(名)	男・女	生年月日	昭和・平成		
	氏名					年 月 日		
	住所	〒						

【ラウンドメンバー】

メンバー1 必須	(フリガナ)	(姓)	(名)	男・女
	氏名			
メンバー2 必須	(フリガナ)	(姓)	(名)	男・女
	氏名			
メンバー3 必須	(フリガナ)	(姓)	(名)	男・女
	氏名			
メンバー4	(フリガナ)	(姓)	(名)	男・女
	氏名			

※1組でお申込みの方は、申込者の方を1番目に記入。

○お問い合わせ先

一般社団法人 関西ゴルフ連盟

〒550-0002 大阪市西区江戸堀1-2-16 山下ビル3階

TEL.06-6445-6801