

第4回 DGP障害者プロアマチャリティゴルフトーナメント参加申込書 (障害者の部)

申込日 平成 年 月 日

(申込み先)

NPO法人日本障害者ゴルフ選手会(DGP)

〒215-0007

川崎市麻生区向原1-14-16

メール : d.golf-pa.japan@outlook.jp

TEL : 090-8503-3002 担当 : 小池(コイケ)

FAX : 044-952-0563

事務局記入欄

下記の必要事項を記入して、左記申込み先までFAXまたは郵送でお申込みください。複数名お申込みの場合はお手数ですがコピーして人数分のお申込みをお願い致します。

フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 昭平	年 月 日 ()才	性別 男 女
フリガナ			
住所	〒 都道 府県		
TEL		携帯電話	
Eメール (パソコン)		Eメール (携帯)	
ゴルフ歴	年	HDCP	
身体障害者手帳	() 都道府県		
	記号 第	号 第	種 級
日時 : 平成29年6月26日(月)			
会場 : よみうりゴルフ倶楽部(東京都稲城市) TEL : 044-966-1141			
参加費 : 5,000円 (プレー代別・当日受付にてお支払下さい)			
※ 5月25日締切(申込多数の場合は抽選となりますが、過去のDGPへのイベント・大会への参加実績を優先させていただきます。)			