

参加申込書

※27チームになりましたら締め切らせていただきます

※自家用車で来られる方は、乗り合わせで来ていただきますようご協力をお願いいたします ※1 チーム 3 名となります



ナーム名	
代表者氏名	連絡先 TEL
NATAL	FAX
代表者住所	〒
	登録メンバー氏名

備考

No 氏 名

 連絡先:北中城村社会福祉協議会
 1

 担 当:棚原 亮太
 2

3

T E L: 935-4520 F A X: 935-4603