

第25回晃麓地区大会申込書

代表者	
住所	
電話番号	

お弁当申込数
個

No.	保険 未加入	選手名	年齢	所属 チーム	ポジション
1					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
2					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
3					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
4					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
5					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
6					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
7					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
8					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
9					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
10					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
11					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
12					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
13					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
14					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター
15					アタッカー ・ レシーバー ・ セッター

年齢は、2024年5月19日大会当日現在でご記入ください。

所属しているチームがある場合はご記入お願いします。

チーム分けをする際に必要となりますので、ご自分のポジションを○で囲ってください。

スポーツ障害保険未加入者の方は「保険未加入」の欄に○を付けてください。

主催者側で保険申請する場合に、生年月日、住所が必要になります。(代表者に連絡入れます。)

お弁当の申込がある場合は、申込個数をご記入ください。