

FAX 送り先 ⇒ 申込先ゴルフ場 FAX No. をご確認ください!

第7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) チャリティコンペ開催日は4名1組でお申込みください。
- (3) 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。
- (4) 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		

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) 生年月日の記入は、年号を○で囲んで下さい。
- (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)			男・女	生年月日
	氏名 (姓)	(名)			
	住所	年 月 日			

<ラウンドメンバー>

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

※ 1組でお申込みの方は、申込者の方を1番目に記入。

[注] チャリティコンペの開催日は、メンバー4も必ず記入してください。

○お問合せ先

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