

**FAX 送り先 ⇒ 申込先ゴルフ場 FAX No. をご確認ください!**

**第8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**

<b>府県 (必須)</b>		<b>ゴルフ場名 (必須)</b>			<b>開催日 (必須)</b>	
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。

<b>FAX番号 (必須)</b>				<b>電話番号 (必須)</b>		
<b>申込者 (必須)</b>	(フリガナ)		(名)	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	氏名	(姓)				
	住所	〒				

**<ラウンドメンバー>**

<b>メンバー1 (必須)</b>	(フリガナ) 氏名 (姓)	(名)	男・女
<b>メンバー2 (必須)</b>	(フリガナ) 氏名 (姓)	(名)	男・女
<b>メンバー3 (必須)</b>	(フリガナ) 氏名 (姓)	(名)	男・女
<b>メンバー4 (必須)</b>	(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。

○お問合せ先

一般社団法人 **関西ゴルフ連盟** TEL.06-6445-6801

〒550-0002 大阪市西区江戸堀1-2-16 山下ビル3階