

令和7年度卓球協会大会 参加申込書

大会名 カワムラメディカル杯

学校名

責任者名

連絡先

番号	男			女		
	シングルス	団 体	合同希望	シングルス	団 体	合同希望
1	学年			学年		
2	学年			学年		
3	学年			学年		
4	学年			学年		
5	学年			学年		
6	学年			学年		
7	学年			学年		
8	学年			学年		
9	学年			学年		
10	学年			学年		
11	学年			学年		
12	学年			学年		
13	学年			学年		
14	学年			学年		
15	学年			学年		
16	学年			学年		
17	学年			学年		
18	学年			学年		
19	学年			学年		
20	学年			学年		

※参加者の氏名とふりがなを記入下さいます様お願い致します。

※組み合わせの参考に致しますので、ランキング順に記入下さいます様お願い致します。

なお、シングルスにつきましては学年の記入もお願い致します。

※団体参加について、他参加校との合同チームを希望する場合には、選手名の右側「合同希望」欄に「○」を記入してください。なお、自チームでの団体出場選手は除きます。

