

佐賀県卓球協会 FAX 0952-97-8078

令和4年度 全日本卓球選手権大会[カデットの部]ダブルス県予選申込書  
男子・女子

|             |  |            |  |
|-------------|--|------------|--|
| 学校名<br>チーム名 |  | 申込責任者氏名    |  |
| 学校TEL       |  | 申込責任者携帯TEL |  |
|             |  | 主将氏名       |  |

|   | 選手名 | フリガナ | 学年 | 年齢 | 所属クラブ(※) | 備考 |
|---|-----|------|----|----|----------|----|
| 1 |     |      |    |    |          |    |
| 2 |     |      |    |    |          |    |
| 3 |     |      |    |    |          |    |
| 4 |     |      |    |    |          |    |
| 5 |     |      |    |    |          |    |
| 6 |     |      |    |    |          |    |

※強い順に記入して下さい。

申込み締切 7月21日(木曜日)必着

※本申込書に記載された個人情報は本大会の関係資料への記載、諸連絡に利用します。  
ご了承ください。

※記載を希望されない方は、備考欄に×を付けてください。

表中※は、他チーム所属の選手とペアを組んだ場合のみ他チーム選手の所属チーム名を必ず書いて下さい。

令和 年 月 日

中学校

(チーム名) 申込責任者

校長名

(チーム代表者名)

印