

参 加 申 込 書

★申込期限 ⇒ 平成29年 5月 31日(水) 20時まで 締切日時厳守

★申込先 ⇒ E-mail: educatorsbad.f@gmail.com Fax. 058-370-4590

〒509-0121 各務原市鵜沼台5-84 原 賢一 氏名 愛知県教職員バドミントン連盟事務局

申込み責任者氏名		E-mail アドレス		
連絡先住所	〒			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
大会当日の緊急連絡先	氏名	携帯電話		

*楷書にてはっきりとランク順に記入して下さい。 *職名は教授・教諭・非常勤講師・職員等を記入。

*複数のパートナーを希望する場合は備考欄にその旨記入。 *全日本教職員大会参加希望者も備考欄に記入。

【ダブルス】

番号と 参加種目	選手 氏名	氏名 フリガナ	所属教育機関名	職名	生年月日 (西暦)	備考
記入例 ⑥ 男子 40 複	愛知 翔利	アイチ ショウリ	名古屋造形大学	准教授	1967.5.31	パートナー希望 全国大会希望
	(パートナーがない場合は未記入)					

【シングルス】

番号と 参加種目	選手 氏名	氏名 フリガナ	所属教育機関名	職名	生年月日 (西暦)	備考

上記のとおり 男子単____名, 男子複____組, 女子単____名, 女子複____組, 親睦____組(実人員計____名)
申し込みます。なお、参加料は納入方法の通知にしたがって納入いたします。

平成29年 5月 ____ 日 愛知県教職員バドミントン連盟 理事長 原 賢一 様