

骨髄バンクチャリティー  
第24回全中部空手道選手権大会出場申込書

■開催日時:平成28年8月21日(日) ■大会会場:磐田市総合体育館

大会実行委員長 永島 文秋 殿

私は本大会のルールに従い、正々堂々技を競い合うことを誓います。  
また試合中、負傷または事故を生じた場合、異議申し立ては致しません。

選手氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

選手 \_\_\_\_\_ ㊟  
保護者氏名 \_\_\_\_\_

未成年(20歳未満)の申込選手は保護者の署名押印を要する。

選手証明写真貼付 のりづけ
縦4cm×横3cm
写真の裏面に 「氏名」
「所属道場」 「出場部門」 を記入すること
無背景 (フアイティングポーズ不可)

選手証明写真貼付 のりづけ
縦4cm×横3cm
写真裏面に 氏名と出場部門を 必ず記入すること。
☆ここに貼付する写真は パンフレット用として 使用しますので 必ずのり付け位置を 守ってください。

書類不備は本書無効となります。その場合参加料金は返金致しかねます。

新極真会 会員番号										※静岡県道場生のみ記入
新極真会 所属支部	支部名記載・分支部名不可									所属道場
フリガナ										
氏名	姓	名							性別	男・女
現住所	〒 _____									
	連絡先Tel.	( )	携帯番号	父	母	本人	( )			
生年月日	※大会当日(2016年8月21日)時の年齢記載					※学生の場合は学年、学校名記載(任意)				
	西暦	年	月	日	( )	歳	職業			
<b>必ず全てご記入ください。記入漏れ、間違いがある場合失格となります。</b>										
出場部門	出場部門名 (正確に記入して下さい)									
身長	cm			体重	kg					
級・段位	※申込時点での級・段位で出場すること。					修行年数	年 月			
	( )	級	( )	段		年	月			
<b>新極真会以外の流派団体</b>										
流派団体名 (略称不可)	フリガナ _____									
所在地	〒 _____ TEL. ( )									
代表者氏名	フリガナ _____									
主たる戦績 (過去3年間)	開催年(西暦)	大会名称				順位	主催者(団体名)			

シード選考は新極真会主催大会戦績を最優先とする。

申込締切2016年6月17日(金)	大会事務局 記入欄	受付日	担当者	申込料
		/		

大会パンフレット 掲載用	
フリガナ	
氏名	
組手・部門名	
級・段位	級 段
身長	cm
体重	kg
修行年数	年 月
年齢	※大会当日の年齢 歳
新極真会・支部名	
所属流派・団体名	

パンフレット掲載用の欄も必ずご記入ください。記入のない申込書は無効となります。