

参加申込書

開催日 **9.28** SUN

チーム対抗戦
～胎内高原秋の陣～

氏名（代表者）	
住 所	
電話番号	

氏 名	
住 所	
電話番号	

氏 名	
住 所	
電話番号	

氏 名	
住 所	
電話番号	

チーム名	
------	--

備考欄 ※ご希望がありましたらご記入ください

胎内高原ゴルフ倶楽部 FAX 0254-48-3310

※基本セルフプレーとなります

※組合せのご案内は、代表者のみにご連絡いたします

※ご記入頂いたお客様の個人情報、コンペのご案内・賞品の発送・イベント情報のご案内などの目的の為に利用させていただきます