

(一社)新城法人会 FAX: 0536-23-1007

チャリティゴルフ大会 申込み

■ 参加します

法人名 (個人の方は氏名)

住所 〒

フルキャディ
希望の方は○
印をお付けく
ださい

連絡先TEL

フルキャ ディ希望	参 加 者 名	年 齢	H c p

※参加者には詳細内容を追ってご連絡いたします。

※当日の欠席者は3,000円頂戴いたします。