

ABOcup ドクターズフレンドシップトーナメント in Hokkaido

参加申込書 (2024 年 7 月 19 日)

ふりがな				
氏 名				性別 ☐ 男・ ☐ 女
生年月日	T・S・H	年	月	日 (年齢) 歳
現住所	〒 -			
連絡先	TEL - - FAX - -	緊急連絡先 - -		
	E-mail ※E-mail・FAX をお持ちの方は必ずご記入願います。			
障がい名と状況	障がい名			
	障害者手帳番号			
	同伴者 有 無 ・ 車イス 有 無 ※ プレー時の同伴ではありません。競技中は同組のサポートプレーヤーがサポートします。 ※有の場合 (名) 同伴者名 (.)			
参加クラス	【参加クラスを○で囲んでください】 グランプリの部 ・ 一般の部			
ゴルフレベル	ハンディキャップ	平均スコア (ラウンド)		ゴルフ歴 年
お振込金額内訳	①大会参加費 16,000 円	☐	プレー代・ロッカー代・乗用カート代・記念品・ 昼食・賞品代・事務費	16,000 円
	②同伴者昼食代 3,000 円/人	☐	昼食代 3,000 円×【 】名※表彰式	円
	③ご協賛 1 口 1,000 円	☐	【 】口	円
	お振込金額合計			円
連絡欄				
練習ラウンド 希望者のみ ※予約のみ	☐	7/18 ゴルフ 0.5 R プレー (料金 5,000 円 税別、お支払いは当日となります)		
	☐	7/18 ゴルフ 1 R プレー (料金 10,000 円 税別、お支払いは当日となります)		

※ 練習ラウンドは、7/18 の 9 時台、12 時台のスタートとなります。OUT・IN スタートのご指定は出来かねます。また、数に限りがございますので、定員になり次第、締め切りとなります。原則 4 人 1 組でのラウンドとし、組み合わせ・スタート時間は当会に一任願います。決定次第、事務局よりお知らせ致します。

請求書の送付方法：いずれかに○をつけて下さい。 ・ E-mail ・ FAX ・ 郵送
申込先

株式会社日本旅行北海道函館支店

『ABOcup ドクターズフレンドシップトーナメント in Hokkaido』デスク

〒041-0821 函館市港町 1 丁目 2 - 1 ポールスターショッピングセンターC 棟 2F

TEL: 0138-62-3770 FAX: 0138-62-3775

メール: mice_hakodate@nta.co.jp

営業時間：平日 10:00~17:00(土日祝日は休業)