



ジャパンメディカルリーグ エントリー

※印は必須です。

エントリーリーグ ※

正式チーム名 ※

代表者氏名
(チーム連絡先) ※

緊急連絡先電話番号
(携帯) ※

所在地 ※

郵便番号
住所

監督

主将

メールアドレス ※

この大会を何で
知りましたか

- 大会ホームページ ポスター・チラシ
 その他

チームPRコメント ※
(60字以内)

チーム集合写真添付 ※

写真はメールにてご送付下さい。 info@jmsa-l.jp
(すべてローマ字表記)

FAXにて送信ください。 FAX 03-3553-2894