記入日　　年　　月　　日

第１回 ジャパンメディカルリーグ関東軟式野球大会

*正式チーム名	フリガナ			
法人名（混合チームの場合は、代表者の所属先名をご記入ください）	フリガナ			
所在地	〒　　—	フリガナ		
連絡先	電話番号	（　　）　　—		
*チーム活動主要地域（市町村名）				
*代表者（チーム連絡先）	氏　名	フリガナ	性別	男性 ・ 女性
	連絡先住所	〒　　—　　フリガナ		
	日中連絡が取れる電話番号	□ 自宅・□ 携帯	（　　）　　—	
	メールアドレス	（□ PC ・ □ スマホ携帯）　　@		
チーム情報	アピールポイント抱負			
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（　　）			

＊印は必須項目です。

申込方法	**メールまたはFAXにて本用紙をお送りください。** **E-mail：info@jm-sa.or.jp　FAX：03-3553-2894** ※エントリー受付確認後、大会事務局より参加料のお支払い方法及び選手登録のご案内をお送りします。参加料の入金確認後、正式登録となります。 ※試合会場、日時、組合せ等の詳細は決定後、チーム代表者にご連絡します。 ※正式登録後の参加料の返却はいたしません。 ※個人情報は主催者にて適切に管理し、大会運営、各種案内の目的以外には使用しません。 大会出場中の映像・写真・肖像等の掲載権は主催者に属します。

問い合わせ先	ジャパンメディカルリーグ（JML）　問い合わせ先　☎ 03-3553-2893（平日10:00～17:30） ✉ info@jm-sa.or.jp