

第35回全国健康福祉祭愛媛大会 岩手県代表選手選考会  
参加申込書

所属団体名 \_\_\_\_\_

申込責任者氏名 \_\_\_\_\_  
〒

〃 住所 \_\_\_\_\_

〃 日中連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

氏名	生年月日	年齢	性別	出場年代
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	
			男・女	

※ 生年月日・年齢(2024年4月1日の当該年齢)は、正確にお願いします。

※ 性別は、該当する方を○で囲んで下さい