

第6回ロータリーカップダブルス卓球大会

《主催：横浜中ロータリークラブ》

主管：太洋歯科クリニック

後援：横浜市市民局 横浜市卓球協会

協賛：日本卓球株式会社

- 【目的】 横浜市民の地域における世代間交流を目的として行う卓球大会
- 【日付】 平成30年11月3日（土・祝）
- 【時間】 9：00 開場・受付開始 9：45 開会式 10：00 試合開始
- 【会場】 横浜市平沼記念体育館（神奈川県横浜市神奈川区三ツ沢西町3-1）
- 【参加資格】 横浜市在住、在勤及び近隣卓球愛好者
- 【定員】 200名（100組）※先着順
- 【種目】 ダブルス
- 【参加条件】 ①ペアの年齢差は20歳以上とします。
②ペアの性別は問いません。
③ペアのうちどちらか1名が70歳以上又は、10歳以下の方が申込まれる場合は20歳年齢差の制限はありません。
④お一人でのお申込みも可能です。試合当日にペアをお知らせ致します。
- 【試合方法】 予選リーグ後、決勝トーナメント
- 【使用球】 ニッタク・ブラ3スター
- 【参加料】 無料
- 【注意事項】 ①館内は上履きを使用して下さい。
②年齢の分かる身分証をご持参下さい。
③ゴミは各自でお持ち帰り下さい。

【申込方法】

裏面の申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。

FAX送信後、確認のお電話をお願い致します。

送付先：TEL/FAX 045-663-5226（太洋歯科クリニック）

申込期間：平成30年7月1日（日）～10月1日（月）

申込日：平成 30 年 月 日

第 6 回ロータリーカップダブルス卓球大会申込書

開催日：平成 30 年 11 月 3 日（土・祝）

組 数	(ふ り が な) 氏 名	所 属 名 (所属のない方は個人と ご記入下さい)	年 齢
①			歳
			歳
②			歳
			歳
③			歳
			歳
④			歳
			歳
⑤			歳
			歳

【申込責任者】

氏 名 _____

【住 所】(〒 -)

【電話番号】

送付先：TEL/FAX：045-663-5226（太洋歯科クリニック）

FAX 送信後、確認のお電話をお願い致します。