

骨髄バンクチャリティー第 16 回オープントーナメント

大阪府空手道選手権大会

開催日/2024 年 7 月 14 日(日) 会場/はびきのコロセラム

大会会長 中山泰秀殿

私は、本大会ルールに従って、正々堂々技を競い合う事をここに誓います。また試合中、負傷または事故が生じた場合異議申立て致しません。

氏名 印 保護者名 印 2024 年 月 日

大会申込書 ※下記申し込み用紙は必ず両方に記載して下さい。

ふりがな				写真 1 (3×4cm) 名前を記入後 のり付けする事 写真 2 は同サイ ズの物を添付の 事
氏名				
職業 (学生は学校名 及び学年)	性別	男	女	
	学校・幼稚園()年			
生年月日(西暦)	年	月	日	年齢
現住所	〒			
TEL	TEL	()	携帯電話	()
組手の部 参加希望クラス	番号		階級名	
型の部 参加希望クラス	番号		階級名	
所属団体 道場名	<input type="checkbox"/> 新極真会 支部 道場			
	<input type="checkbox"/> 新極真会以外流派名(省略不可)			
段位・級	段	級	修業年数	年 ヶ月
身長	cm		体重	kg
主な戦績	※都道府県大会以上、過去 3 年以内で			

※参加希望クラスは別紙階級一覧表をご確認の上ご記入ください。階級の書き間違いは失格になります。

パンフレット掲載用

ふりがな 名前				年齢
				才(試合当日)
出場クラス 組手		型		身長 体重 cm kg
段位・級	段	級		ゼッケンナンバー
修業年数	年	ヶ月		*こちらで記入致します
所属団体 道場名	<input type="checkbox"/> 新極真会 支部 道場			
	<input type="checkbox"/> 新極真会以外流派名(省略不可)			