**骨髄バンクチャリティー第17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／2025年8月10日（日）　　　　会場／はびきのコロセアム**

**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　2025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  **氏名** |  | | | | | 前売りチケット  1500円×  　　　　　　　　　　枚 | | 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 |
| **職業**  **（学生は学校名及び学年）** | 学校・幼稚園（　　　　　）年 | | | | 性別 | 男　　　・　　　女 | |
| **生年月日(西暦)** | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | **年齢** | 才（試合当日） | | |
| **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** | □新極真会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　道場 | | | | | | | |
| □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。階級の書き間違えは失格になります。 | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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  ＊こちらで記入致します |
| **修業年数** | 年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ヶ月 | | |
| **所属団体**  **道場名** | □新極真会　　　　　　　　　　　　　　　　　支部　　　　　　　　　　　　　　　　道場 | | |
| □新極真会以外流派名（省略不可） | | |