第41回宮城県高等学校柔道体重別選手権大会

兼第74回国民体育大会第1次選考会参加申込書（男子）

シード選手には〇印をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | シード  選手 | 階級 | 選手名 | 名　前  ふりがな | 学年 | 段位 | 生年月日 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり参加を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

（　　　　　　　　　　　）高等学校　学校長　　　　　　　　　　　　印

顧　問　　　　　　　　　　　　印

第41回宮城県高等学校柔道体重別選手権大会

兼第74回国民体育大会第1次選考会参加申込書（女子）

シード選手には〇印をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | シード  選手 | 階級 | 選手名 | 名　前  ふりがな | 学年 | 段位 | 生年月日 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり参加を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

（　　　　　　　　　　　）高等学校　学校長　　　　　　　　　　　　印

顧　問　　　　　　　　　　　　印

第74回国民体育大会第１次選考会

**お弁当注文FAX**

**ご予約は１/２6迄**

味のおりがみ　行き

**FAX：**

**０２２－２９６－５４４５**

◇日程：平成31年2月2日(土)

◇お届け：１１：３０まで会場に納品

◇場所：宮城県第二総合運動場（宮城県武道館・太白区根岸１５－１）１F和室前付近

◇到着後お弁当引き渡しのため場内アナウンス、もしくは携帯電話に連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴高校名（団体名）  ※領収書お宛名 |  |
| ご担当者様氏名 |  |
| 連絡先（携帯電話）  ※当日の連絡用に使用します。 | 当日連絡用に携帯電話番号をお書きください。  （前回分はデータ抹消済みです。） |
| FAX番号  ※ご注文確認用。（空欄の場合  携帯電話にご連絡します。） |  |

◎ご注文個数

2月2日（土）

個数　　　　個

**ボリューム弁当**

**６００円（税込）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ごはん（大盛り）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※当日ご集金をさせていただきます。

▼お弁当のご予約は　**１月２5日（金）**までにお願いします。

※お弁当の個数変更が可能です。個数が確定していなくてもお早めにご予約ください。

▼個数の変更は、**1月30日（水）**までにおねがいします。

※大幅な追加などの場合は、追加分のお弁当メニューが変更になる可能性があります。

▼その他、ご要望などありましたら担当・野村までご相談ください。

味のおりがみ予約センターTEL：０２２－２９６－５４４６

担当：野村携帯電話：０９０－６２２３－３９８７

備考