

返信先：茨城県医師会 F A X 0 2 9 - 2 4 3 - 5 0 7 1

※全てご記入下さい。

第 59 回 茨城ドクターズゴルフ大会 参加申込書	
氏名	
郡市医師会名	
生年月日（年齢）	19 年 月 日 （ 歳）
住所	〒 -
電話番号 （当日の連絡先）	（ ）
メールアドレス	@
オフィシャル又は プライベートHD	