

お手数ですが参加・不参加にかかわらずご返信下さい。

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

第 58 回 茨城ドクターズゴルフ大会 出欠票	
氏名	
郡市医師会名	
出欠	参加 ・ 不参加

ご参加の際には、下記の必要事項をご記入下さい。

生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳 ）
住所	〒 —
電話番号	（ ）
メールアドレス	@
オフィシャル又は プライベートHD	