（別紙）

　沖医メディカルサポート　行

　FAX : 098-888-1242

第37回沖縄県医師会親善ゴルフ大会　参加申込書

日時：**令和7年11月24日（月・文化の日の振替休日）**

場所：琉球ゴルフ倶楽部

申込者氏名：

申込み日：

**※グループでの申込みの場合、代表者名をご記入ください**

携帯番号：

Mail：

**※選考会へエントリーされる先生は、エントリーされない方と組むことはできません。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 当日連絡先  （携帯電話番号） | 医療機関名 | 生年月日 | H　C | 選考会 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**※申込み締切日：令和7年10月17日（金）迄**

**※申込み受付は先着順とし、定員（20組80名）になり次第、締め切らせていただきますのでご了承ください**