記入日　　年　　月　　日

JML ジャパンメディカルリーグ 参加申込み確認書

*エントリーリーグ	□M1リーグ　□M2リーグ　　☑チェックして下さい。				
*正式チーム名	フリガナ				
法人名（混合チームの場合は、代表者の所属先名をご記入ください）	フリガナ				
所在地	〒　　—	フリガナ			
連絡先	電話番号	（　　） —			
*チーム活動主要地域（市町村名）					
*代表者（チーム連絡先）	氏　名	フリガナ	性別	男性 ・ 女性	
	連絡先住所	〒　— フリガナ			
	日中連絡が取れる電話番号	□ 自宅・□ 携帯	（　　） —		
	メールアドレス	（PC・スマホ携帯）　@			
チーム情報	結成年	西暦　　年	チーム人数	人	平均年齢　約　　歳
	過去一年の主な戦績				
	チームの特徴アピールポイント				
	出場の動機、目標				
	注目選手				
この大会を何で知りましたか	・□ 大会ホームページ　・□ ポスター、チラシ　・□ その他（　　）				

☆個人情報は主催者にて適切に管理し、大会運営、各種案内の目的以外には使用しません。大会出場中の映像・写真・肖像等の掲載権は主催者に属します。

問い合わせ先　ジャパンメディカルリーグ（JML）
☎ **03-3553-2893**（平日 10：00～18：00）

本大会に参加希望されるチームは、上記「参加申込み確認書」に必要事項を記入の上、FAXにてお申込みください。
①申込書受付確認後、大会事務局より受付完了の連絡と今後の手続き方法をご案内します。
②参加チーム締切り後、試合日程、大会規定、試合規則、選手登録、登録料入金方法についてのご案内をお送りします。
③入金確認、選手登録確認後、予選日時、組合せ、試合会場をチーム代表者にご連絡します。

申込書送付先　**FAX：03-3553-2894**