

第25回 オープトーナメント 新潟県空手道選手権大会

- 開催日: 2024年6月9日(日) 選手受付9:00~ 開会式9:30 試合開始9:45予定
- 会場: 新潟市西総合スポーツセンター(新潟市西区五十嵐一の町6368-48 ☎025-268-6400)

大会実行委員長 古川 章 殿

私儀、本大会の試合規則に従って、正々堂々競い合う事をここに誓います。
また試合中、負傷または事故が生じた場合、異議申し立ては致しません。
大会の映像や写真が、テレビ放送や広告などに使用されることを承諾いたします。

選手氏名



保護者氏名



2024年 月 日

大会出場申込書

フリガナ				性別	男・女	
氏名	姓	名		(○で囲む)		
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳 (大会当日)
現住所	〒					
電話番号			携帯番号			
学校名・学年	学校名	学年	職業			
段位・級位	段	級	修行年数	年	ヶ月	
身長	cm		体重	kg		
所属団体	新極真会	支部 道場 (○で囲む)	新極真会 会員番号	※必ず記入してください。		
	新極真会 以外の 流派団体	流派団体名	フリガナ			
		代表者氏名	フリガナ			
		住所	〒			
		電話番号	携帯電話			
メールアドレス						
出場階級 ※番号・階級名の 記入必須 ※誤記は 失格とする		型(団体)	型(個人)	組手		
	階級番号					
	階級名	チーム名				
主な戦績						

※記入もれがないか確認してください。

※申込みは所属団体一括となりますので参加料を添えて所属団体代表者に提出してください。

申込締切2024年5月9日(木) 新潟県空手道選手権大会実行委員会 事務局 必着

【振込先】

第四北越銀行 姥ヶ山支店 (普)1324040

口座名 : 古川 章

大会実行委員会事務局使用欄				
受付日	団体No.	参加料	型	組手