第２回 京都木原病院ゴルフコンペ
副院長杯 参加申込書

日時：令和５年 11 月 17 日（金）
場所：チェリーヒルズゴルフクラブ
〒673－0714　兵庫県三木市細川町細川中字道重 1200－23
TEL：0794－82－9690
受付：午前８時 00 分～
集合：午前９時 20 分　スタート室前
（クイーンコース　午前９時 54 分スタート）
費用：参加費　5,000 円予定（当日受付時にお支払いください）
プレー費　昼食付 14,200 円程度（各自でご精算をお願いします）
プレー後に軽食の会食と表彰式を予定しています。
※参加申し込み：本申込書にご記入の上、10 月 20 日（金）までに京都木原病院 受付にてお申し込みください。

ご氏名	
ご住所	〒　　－
参加人数	（お申込者含む）　　全　　名
電話番号	（　　）　　－
メールアドレス	@

※参加申し込み後、キャンセルされる場合は、10 月 31 日（火）までに京都木原病院（075－661－6022）「ゴルフコンペ担当」にご連絡ください。

【以下、病院記入欄】

受付日	
連絡日	
キャンセル受付日	
備考	