第 6 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 7 年 11 月 23 日（日）
場所　瀬田ゴルフコース　西コース
〒520-2125　滋賀県大津市瀬田橋本町 12
TEL：077-544-1111
受付　午前 8 時 00 分～
集合　午前 9 時 10 分　練習グリーン上
（午前 9 時 38 分 OUT,IN 同時スタート予定）
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　税込み 21,500 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。

※参加申し込みについては本申込書にご記入の上、10 月 20 日(月)までに京都木原病院受付へご提出いただくか FAX（075－661－6023）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、速やかに京都木原病院（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	