

年 月 日

関西学生なぎなた連盟  
会長 筒井万理子 殿

### 加盟申請書

貴連盟に加盟いたしたく、年会費及び登録カードを添えて申し込みます。

氏名 \_\_\_\_\_

#### 関西学生なぎなた連盟登録カード

都道府県名		No.			
フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 才 )	学年	男・女
氏 名					
現住所	〒	電話番号	自宅: ( )		
			連絡先: ( )		
大学名		出身高校			
大学所在地	〒				
			TEL: ( )		
級 位	取得年月日	備 考			
2 級	. .	卒業後(自宅)の連絡先、TEL番号: 〒 TEL: ( )			
1 級	. .				
段 位	取得年月日				
初 段	. .				
二 段	. .	その他:			
三 段	. .				

※ 出来るだけ詳しくお書きください。