

予約受付 開始日
コンペ:1月15日より プライベート3月1日より

ご予約申込書

お申込日 令和 年 月 日

プレー日 (曜日)	会の名称	組数	スタート時間 (ご希望)	プレー方法 (希望に☑)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)
月 日 ()			午前 午後	<input type="checkbox"/> キャディー付 <input type="checkbox"/> セルフ(5名カート付)

コンペはセルフプレーのみとなります

◎コンペルームの利用 ☐ 有 ☐ 無 ※未定の場合は決まり次第ご連絡ください

◎お弁当・オードブルのご要望 ☐ 有 ☐ 無

お弁当・オードブルのご要望は2週間前までにご連絡頂きますようお願い申し上げます。

※その他ご要望等があればご記入下さい。

幹事様氏名	
ご住所	
お電話番号	
携帯電話	
FAX番号(返信先)	

旭川ゴルフ倶楽部	電 話	0166-61-7238
	FAX	0166-62-6899