

## 第44回蘭子杯テニス大会(団体戦)

- 1 主 催 日本女子テニス連盟佐賀県支部
- 2 主 管 佐賀県テニス協会
- 3 期 日 **2026年2月13日(金)**
- 4 会 場 SAGAサンライズパーク庭球場
- 5 種 目 女子団体戦
- 6 試合方法 ・1対戦…ダブルス2試合、シングルス1試合  
・試合順、試合方法はエントリー数により決定
- 7 使 用 球 公認球
- 8 服 装 自由(フェイスマスク可)  
※ ゲームの始めと終わりはフェイスマスクを外して挨拶をしてください。
- 9 参加条件 ・1チーム5人(メンバーの重複不可)  
・5人の合計年齢が230歳以上(2026年12月末日での年齢で計算)  
・メンバー変更は大会当日、受付終了時間まで可(但し年齢制限の範囲内に限る)
- 10 参加資格 (A)日本女子テニス連盟佐賀県支部会員  
(B)佐賀県テニス協会会員  
(C)日本女子テニス連盟会員・日本女子テニス連盟賛助会会員  
(D)A.B.C以外の方【賛助会費として別途、一人500円頂きます。】  
義務教育終了者  
※ 女子連登録は年度末(蘭子杯～)に登録されると次年度の登録も兼ねます。  
この機会にどうぞ登録をお願いします。
- 11 参 加 料 1チーム11,000円 (JLTF佐賀基金一人当たり100円込)  
(注)エントリーリスト発表後の参加取り消しは参加料が発生します。
- 12 申込締切 **2026年1月26日(月)**
- 13 問合せ先 **大会委員長 宗 映子 (TEL 080-1707-4322)**
- 14 申込先 **【LINE】** できるだけLINEで申込みしてください。申込書に全て記入し、申込書の写真を宗の個人LINEに送信してください。  
宗からの 返信をもって受付完了となります。  
※ 申込書を使用しない場合は、必要事項の漏れがないことを確認した上で申込みしてください。  
**【FAX】** FAX 0952-20-0866(佐賀県テニス協会内 蘭子杯担当宗宛)  
※ やむを得ずFAXをされる方は、FAX送信後、必ず宗まで電話で確認をしてください。 確認をもって受付完了となります。

# 第44回 蘭子杯テニス大会(団体戦)申込用紙

締切 1月26日(月)

チーム名 ( ) 簡単な名前をお願いします

登録メンバー(①にはリーダーの氏名をお書きください)

No.	氏名	所属クラブ(県名)	生年月日(年齢) 西暦で記入	緊急連絡先(続柄)	戦績	参加資格
①		( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> 全国レディース本大会 <input type="checkbox"/> ピンクリボン全国大会 <input type="checkbox"/> 九州ブロック九州大会	
2		( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> 全国レディース本大会 <input type="checkbox"/> ピンクリボン全国大会 <input type="checkbox"/> 九州ブロック九州大会	
3		( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> 全国レディース本大会 <input type="checkbox"/> ピンクリボン全国大会 <input type="checkbox"/> 九州ブロック九州大会	
4		( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> 全国レディース本大会 <input type="checkbox"/> ピンクリボン全国大会 <input type="checkbox"/> 九州ブロック九州大会	
5		( )	( )	( )	<input type="checkbox"/> 全国レディース本大会 <input type="checkbox"/> ピンクリボン全国大会 <input type="checkbox"/> 九州ブロック九州大会	

合計年齢 ( )230歳以上

出場大会に☑印を付すこと

※県外所属クラブの方は所属クラブ名枠内の( )内に県名の記入をお願いします。

※( )内の年齢は2026年12月末日での年齢をお書きください。

※各項目、必ずご記入ください。緊急連絡先は、緊急搬送等万が一の場合に備えてご家族に連絡が必要な場合のためです。

※この申込書の写真をLINEで宗まで送信してください。

※FAX(LINEで送れない方) 0952-20-0866(佐賀県テニス協会 蘭子杯担当宗)

- 参加資格 【A】 日本女子テニス連盟佐賀県支部会員  
 【B】 佐賀県テニス協会会員  
 【C】 日本女子テニス連盟会員 日本女子テニス連盟賛助会会員  
 【D】 A・B・Cに未登録の方(賛助金500円)

年 月 日

代表連絡者名 ( )

住所 (〒 )

TEL ( )