

# TDカップ



## 第1戦

- |           |                              |
|-----------|------------------------------|
| 1.開催日時    | 6月27日(月曜日)                   |
| 1.開催場所    | 棚倉田舎倶楽部<br>東白川郡棚倉町仁公儀字川原田286 |
| 1.大会運営    | 棚倉田舎倶楽部                      |
| 1.特別協賛    | ケーアイ企画株式会社                   |
| 1.特別協力    | 福島県プロゴルフ会                    |
| 1.エントリーフィ | プロ・アマ 13,000円(プレー代別途)        |
- 1.競技方法 18ホールストロークプレー・乗用カートセルフプレー(使用コース 中・東コース)
- 1.競技成立 ラウンド最終組のハーフターンを持って競技成立とする。
- 1.タイの決定 18番ホールからのカウントバックにて順位を決定。
- 1.表彰 優勝賞金 200,000円 以下10位まで賞金(但し参加人数40名以上の場合)
- 1.定員 15組 60名 予定
- 1.資格付与 上位2名には、「石川遼everyone PROJECT Challenge本戦」ならびに「福島県オープン2022」の出場資格を与える
- 1.出場資格 PGA会員・JGTO QTランキング保持者・アマチュア 学生(HDCP14以内)・研修生・練習生
- 1.申込方法 下記申込書に必要事項をご記入の上事務局宛FAX(エントリーフィは当日支払い)
- 1.申込締切 6月20日(月曜日)必着。組合せは6月22日(水曜日)棚倉田舎倶楽部公式ホームページにて発表
- ※ 新型コロナウイルス感染症の状況次第によっては、開催を中止する事もございます。

### ABEMA TOUR

上位2名 本戦出場!!

10月5日~10月7日開催!!

**everyone PROJECT**  
Challenge Golf Tournament



開催コース ロイヤルメドウゴルフ倶楽部

上位2名 本戦出場!!

8月23日(火曜日)開催!!

チャレンジ!! Re:スタート

**福島県オープン2022**

27th FUKUSHIMAKEN OPEN GOLF CHAMPIONSHIP

開催コース 棚倉田舎倶楽部

ABEMA TOUR 福島県オープン2022優勝者 出場!!

9月1日~9月3日開催!!

ダンロップフェニックストーナメントチャレンジ

in ふくしま

開催コース グランディ那須白河ゴルフクラブ

# TDカップ



## 第1戦

### 参加申込書

フリガナ			
氏名			
連絡先			
住所	〒	-	

出場資格	PGA会員・JGTO QTランキング保持者・アマチュア 学生(HDCP14以下)・研修生・練習生 (いずれかに○)			
所属先		生年月日	S・H	年 月 日

### 振り込み先口座

銀行名		支店名	
口座種類	普通・当座	口座番号	
口座名義			

○問い合わせ 棚倉田舎倶楽部 TEL0247(33)3191 FAX0247(33)3196 E-mail : tanagura@tanagura-cc.co.jp

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連問診表

氏名		生年月日	(西暦)	/	/
連絡先	自宅・携帯電話 — —				
本人以外の連絡先	氏名	/	—	—	

海外渡航歴の確認	
最近（直近14日以内）に、海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> はい
また、渡航者との接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ
渡航先（国名）：	滞在都市：
滞在期間： 年 月 日 ～ 年 月 日	

体温チェック（最近7日以内に、該当する症状がある場合には☑を入れてください）				
症状 (7日以内)	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 寒気	<input type="checkbox"/> から咳	<input type="checkbox"/> 鼻づまり
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 喉頭痛	<input type="checkbox"/> 全身の倦怠感	<input type="checkbox"/> 筋肉痛
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 呼吸困難
	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 濃性痰	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
発症日時	<input type="checkbox"/> 出発前（場所： )	<input type="checkbox"/> 移動中	<input type="checkbox"/> その他	
確認者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 医療関係者	<input type="checkbox"/> 保険所担当者	<input type="checkbox"/> 検疫所担当者
	<input type="checkbox"/> その他 確認機関名： )		確認日時：	
医療機関 の診断	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 急性呼吸困難症候群	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影： )		<input type="checkbox"/> はい（所見： )	<input type="checkbox"/> いいえ
基礎疾患（万一、感染してしまった際、重症化を防ぐために医療機関に報告する内容となります）				
<input type="checkbox"/> 心臓（病名： )		<input type="checkbox"/> 腎臓（病名： )		
<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> そのほかの持病 ( )		

上記記述内容が事実であることを確認します。虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認します。

氏名：

(印)

※ 当日受付時にスタッフにご提出下さい。

