

PROTEX

YOUNG DRIVERS SUPPORT PROJECT

お申し込み用紙

年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日(満歳)
ライセンスNo.			
住所	〒		
TEL		FAX	
e-mail			
レース暦	年	ヶ月	
過去のレース戦歴			
所属チーム			
参加カテゴリー			
参加クラス			
参加マシン			

ご希望商品 <small>※ご希望のカラーに丸を付けてください</small>	PROTEX RACING R-2(ブラック・ホワイト・ブルー)
お支払い方法	代金引換

※お品物お届け先は原則としてご住所への発送となります。

※ご記入頂いた後、レース結果報告書と正式結果表のコピーを同封し郵送またはFAXにてお送り下さい。

ご送付先：〒154-0014
東京都世田谷区新町3-23-3プロテックスビル
TEL:03-5477-6777(代) FAX:03-5477-6618
PROTEX NET SHOP サポートプロジェクト担当 五百木宛