申請者：

QSL LIST

No	CALLSIGN	DATE	FREQ	MODE	RMKS	No	CALLSIGN	DATE	FREQ	MODE	RMKS

上記リストのＱＳＬカードを申請者が所持していることを証明します。

年　　月　　日

コールサイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

コールサイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿