

スペシャルオリンピックス日本・新潟 2019 年チャリティボウリング大会

申込先:スペシャルオリンピックス日本・新潟 FAX:025-378-0172/e-mail:son_niigata@son.or.jp

個人戦申込書

ふりがな				
氏名	カテゴリー	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> SO アスリート	ゲーム数	<input type="checkbox"/> 2ゲームコース <input type="checkbox"/> 3ゲームコース
	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	年齢		<input type="checkbox"/> 60歳以上	
	<input type="checkbox"/> 三条サカイボウル会員 <input type="checkbox"/> グランドボウル黒埼会員 <input type="checkbox"/> サウンドボウル六日町会員 (会員の方は☑)			
住所	〒			
電話番号			FAX 番号	
E-mail				
予選通過した際の決勝出場について	<input type="checkbox"/> 決勝大会に出場する <input type="checkbox"/> 決勝大会に出場しない			
予選申込	三条サカイボウル	グランドボウル黒埼	サウンドボウル六日町	
	<input type="checkbox"/> 4月20日(土)13:30~ <input type="checkbox"/> 5月18日(土)13:30~ <input type="checkbox"/> 6月 8日(土)13:30~	<input type="checkbox"/> 4月14日(日)11:00~ <input type="checkbox"/> 5月12日(日)11:00~ <input type="checkbox"/> 6月15日(土)13:30~	<input type="checkbox"/> 4月13日(土)13:30~ <input type="checkbox"/> 5月18日(土)13:30~ <input type="checkbox"/> 6月 8日(土)13:30~	

各開催日の3日前までにお申し込みください(必着)

エキシビジョンゲーム・チーム戦(3人一組) 申込書

チーム名			
ふりがな			
代表者 氏名			
ふりがな			
氏名			
ふりがな			
氏名			
代表者住所	〒		
代表者電話番号			代表者 FAX 番号
代表者 E-mail			

エキシビジョンゲームは、6月21日までにお申し込みください。定員(20チーム)になり次第、受付を終了します。

ご記入いただいた個人情報は、本イベントおよび当法人の管理運用目的のみ使用し、取り扱いには細心の注意を払います。