

第11回全日本視覚障害者ボウリング選手権大会 参加申込書（登録団体記入用）

※連絡先：全日本視覚障害者ボウリング協会事務局

TEL 03-3818-3009

E-mail aomatsu@pobox.com

1 団体名： _____

2 申し込み責任者氏名： _____

住所：〒 _____

電話： _____（自宅） _____（携帯）

E-mail： _____

3 参加人数

大会参加人数			
B1男子	名	B1女子	名
B2男子	名	B2女子	名
B3男子	名	B3女子	名
介助者	名		

4 参加費 ※参加費は原則として返金しません

選手	10,000円×	名＝	円
選手	5,000円×	名＝	円
介助者	1,000円×	名＝	円
合計			円

※1992年1月1日以降に生まれた選手の参加費は5,000円となります。

5 ダブルス戦 組み合わせ

B1選手を含むダブルス

	氏 名	クラス	氏 名	クラス
1				
2				

3				
4				
5				

B2ダブルス

	氏 名	クラス	氏 名	クラス
1		B2		B2
2		B2		B2
3		B2		B2
4		B2		B2
5		B2		B2

ダブルスパートナーなし

	氏 名	クラス
1		
2		
3		
4		
5		

※所属団体以外の選手とダブルスを組んでいる場合も、組み合わせを記入してください。