

第2回全国視覚障害者ボウリング大会

参加申込書

参加申し込みをされる方は、事前に主催者までご一報
下さい。

連絡先

視覚障害者ボウリング・コンGRESS・ジャパン事務局

(担当：森澤亜希子)

Tel・Fax 03 - 3907 - 0525

E-mail entory@bbcj.org

1 氏名(ふりがな): _____ (_____)

2 住所: 〒 _____

電話:(自宅) _____

電話:(勤務先) _____

電話:(携帯) _____

FAX: _____

E-mail : _____

3 職業 : _____

4 生年月日 (年齢) : _____ () _____

5 性別 : 男 ・ 女

6 クラス分類 : B 1 ・ B 2 ・ B 3

クラス分けが正しいことを証明する資料として2003年
4月1日以降の眼科の診断書を申込書に添付すること。

7 ダブルスのパートナー名 : _____

ダブルス戦競技は、2人の選手のクラスの合計がB 4以
下とする。

8 パートナーのクラス分類 : B 1 ・ B 2 ・ B 3

パートナーが未定の場合は主催者に委任するものとす
る。

9 ボウリングの経験がありますか? :

はい ・ いいえ

「はい」ならば、経験について簡単に説明して下さい。

1 0 ベストスコア： _____

アベレージ： _____

ベストスコアとアベレージは、記入できる方のみ。

アベレージは、6月30日までの最新の10ゲーム。

1 1 投球動作： 右手 ・ 左手

1 2 配布資料の形態： 点字 ・ 墨字

1 3 介護者の同伴： 有り ・ 無し

「有り」の場合 介護者の氏名： _____

介護者は、原則としてボウラースベンチへは入れません。

1 4 懇親会（10月4日 17:00～ 会費1名2000円）に

参加しますか？： はい ・ いいえ

介護者の参加の有無： 有り ・ 無し

「有り」の場合 介護者の氏名： _____

申込書の送付とともに所定の振替用紙にて参加費

（5,500円）懇親会費用（人数×2,000円）を送金して下さい。