

全日本視覚障害者ボウリング協会会員登録申込書（個人用）

会員種別 会員 ・ 賛助会員 （該当する方に をつけてください。）

- 1 フリガナ
氏 名 (姓) _____ (名) _____
- 2 フリガナ
住 所 〒 _____
- 3 電話(自宅) _____
電話(職場) _____
電話(携帯) _____
F A X _____
- 4 電子メール _____
- 5 職 業 _____
- 6 生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 7 性 別 男 ・ 女
- 8 クラス分類 B 1 ・ B 2 ・ B 3
- 9 ガイドレール 要 ・ 不要
- 10 使用文字 墨字 ・ 点字
- 11 よく利用するボウリング場があればお書きください。

年会費(会員：2,000円、賛助会員：1,000円)入金の確認をもって会員とみなします。

送付先(電子メール可)

全日本視覚障害者ボウリング協会事務局

〒101-8310 東京都千代田区神田駿河台1-8-13

日本大学歯学部保健体育研究室気付

全日本視覚障害者ボウリング協会 佐藤紀子宛

E-mail touroku@bbcj.org 電話 03-3818-3009

年会費振込先

口座記号番号 00100-6-389353

加入者名 全日本視覚障害者ボウリング協会