

第15回 神奈川県ボウリング協会3人チームボウリング競技大会 参加申込書

市町村名

横浜市

チーム名

投球順	選手氏名	(フリガナ)	性別	年齢	H/C	変更
1						あり・なし
2						あり・なし
3						あり・なし

チーム名

投球順	選手氏名	(フリガナ)	性別	年齢	H/C	変更
1						あり・なし
2						あり・なし
3						あり・なし

チーム名

投球順	選手氏名	(フリガナ)	性別	年齢	H/C	変更
1						あり・なし
2						あり・なし
3						あり・なし

※但し、6/22以降はキャンセルの場合、ブラインド料金(参加費同額)を徴収させていただきます

受付開始日

2024/5/25

※先着順になります、上限に達しましたら、お断りさせていただく場合があります

横浜市ボウリング協会  
FAX 045-491-0682

申込責任者

連絡先