

県知事杯争奪
第52回 チャリティーボウルフェスティバル
【参加申込書】

※申込みの際は選手名のフリガナ・性別・年齢・部門・居住市町村名を記入してください。

No	選 手 名	フリガナ	性別	年齢	部門	居住市町村名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

(不足の場合はコピーを取って下さい)

※ 個人申込み (以下の記入は不要)

氏 名

※ 競技団体名を記入

競技団体名

※ 競技団体は支部名を記入

支 部 名

※ センター会員はセンター名を記入

センター名

上記の通り申し込みいたします

申込責任者

印

※ 申し込み締切日 令和7年10月30日(木) 必着の事

※ 〒260-0842 千葉市中央区南町3-7-10 メゾンニューワカシオ103

千葉県ボウラーズ連盟事務局

※ 参加費振込先: 千葉銀行・本店営業部 (普)2452713 千葉県ボウラーズ連盟

FAX番号:043-308-9153