

F A X 送 信 票
鹿児島県知的障害者福祉協会・事務局行き
FAX 099-250-9358

施設対抗ボウリング大会 エントリーシート

令和2年 月 日

施設・事業所名 _____

記載責任者 _____

◆ゲーム日時 月 日() 時 ゲーム開始

※エントリー完了後、各施設・事業所においてボウリング場と日程調整し、確定したゲーム日時を協会事務局までご連絡ください。

◆チーム・氏名

	チーム名	①氏名	性別	②氏名	性別	③氏名	性別
1							
2							
3							
4							
5							

※必要事項をご記入ください。

★エントリー締切は11月16日(月)です。

(開催要綱 10 エントリーの流れ) でご確認ください。