

# ボウリング教室 参加者申込み

(しめ切り11月6日)

期 日 令和2年11月15日(日)

福祉会名

会 場 川越市

代表者名

ウニクスボウル

TEL

FAX

NO	氏 名	ふりがな	年 令	男 女	等 級	上 肢	下 肢	車 椅 子	聴 覚	ボウリング歴		備 考
										初心者	年数	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

\* スベリ台使用の方は、備考に記入して下さい。

\* 領収書は個人名か福祉一括か○をご記入下さい。 個人 ・ 団体名 (名称 )

