

第 16 回 事業所対抗ボウリング大会を開催いたします

- 日 時 : 令和 4 年 10 月 15 日 (土) 午前 10 時より (集合時間 午前 9 時 30 分)
- 場 所 : ベガアサヒボウリングセンター 千葉市中央区新宿 2-1-5 電話 043-242-2331
- 競技種目 : 事業所対抗の団体戦 (個人戦も兼ねる) ※1 チーム 3 名による団体戦
- 参加資格 : 当協会会員事業所の健康保険被保険者。ただしプロライセンスを有する方は除きます。
- 競技方法 : ヨーロピアン方式により、1 人 3 ゲームのトータルピンにより順位を決定します。(個人戦も兼ねる)
- ハンディキャップ (1 ゲーム) : ※マイボール持参者は、ハンディーはありません。

	男 子	女 子	マイボール持参者 (男女とも)
50 歳未満	0	15 ピン	0
50 歳以上 60 歳未満	5 ピン	20 ピン	0
60 歳以上 70 歳未満	10 ピン	25 ピン	0
70 歳以上	15 ピン	30 ピン	0

- 表 彰 : 団体戦は上位 5 チーム 個人戦は上位 10 位まで表彰します。
- 定 員 : 30 チーム (ただし、1 事業所 1 チームとします)
申し込みは、先着順とし、定員に達し次第締切となります。
- 参 加 料 : 1 チーム (3 名分) 3,000 円とし、大会当日に集金いたします。
- 申込方法 : 下記の申込書にご記入のうえ、FAX または郵送にてお申し込みください。
- 申込締切 : 令和 4 年 9 月 5 日 (月) 必着
- 主催(申込先) : (一財)千葉県社会保険協会 〒260-0001 千葉市中央区都町 3-18-13
TEL 043-233-3971 FAX 043-233-3973



第 16 回 事業所対抗ボウリング大会 参加申込書

※1 チーム 3 名の氏名は、**投球順**にご記入ください。

健康保険被保険者証の 記号・番号	ふりがな	性 別	生 年 月 日	年 齢	マイボール
	氏 名			(開催当日の年齢)	
		男・女	年 月 日	歳 (HD ピン)	有・無
		男・女	年 月 日	歳 (HD ピン)	有・無
		男・女	年 月 日	歳 (HD ピン)	有・無

令和 4 年 月 日 事業所名 _____
事業所所在地 _____
電 話 番 号 _____
申 込 責 任 者 _____

※この申込書にご記入いただいた個人情報は、本事業の運営およびそれに関するご連絡・ご案内以外には使用いたしません。