

神病協発第516号
平成23年10月24日

病 院 長 殿

社団法人神奈川県病院協会
会 長 渡 邊 史 朗
(公印省略)

第40回神奈川県病院協会ボウリング大会の開催について

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当協会の事業運営にご理解とご尽力を賜りまして誠にありがとうございます。

本年度もボウリング大会を下記のとおり開催することといたしましたので、ご案内申し上げます。

なお、恐縮ではございますが協賛金につきましてご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

記

- 1 開催日時 平成24年1月15日(日)午前9時45分試合開始
(受付 午前9時15分より・開会式 午前9時35分)
- 2 開催場所 新杉田ボウル
横浜市磯子区中原2-3-22 TEL 045-773-1111
- 3 申込方法 参加・・・参加申込書を12月20日(火)までにFAXでお送りください。
参加料(個人戦1名3,000円/団体戦1チーム2,000円)は
平成24年1月10日までにお振込ください。

協賛・・・協賛金申込書を12月20日(火)までにFAXでお送りください。
協賛金(1口15,000円)は平成24年1月10日までにお振込ください。
なお、協賛金は賞品費・懇親会費等に充当させていただきます。
- 4 振込先 振込先口座 ①横浜銀行 本店営業部 (普) 149693
②神奈川県医師信用組合 本店 (普) 17154

口座名義 社団法人神奈川県病院協会 出納員 なが くら やす ひに
長 倉 靖 彦
- 5 お問い合わせ 〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1 神奈川県病院協会事務局 担当 町田
[TEL 045(242)7221・FAX 045(231)1794・E-Mail machida@k-ha.or.jp]

第40回神奈川県病院協会ボウリング大会 参加申込書

平成23年 月 日

下記のとおり申し込みます。(※記入欄が小さく、書きにくい場合は用紙を拡大してご記入ください。)

個人戦
 1名 3,000円 × 名 = 円

団体戦(※団体戦のみの参加はできません)
 1チーム 2,000円 × チーム = 円

合計 = 円

施設名 _____
 TEL () _____ ・ FAX () _____

担当者名 _____ 職名 _____

※支払方法に該当する記号を○で囲んでください。
 ア 銀行振込 イ 現金書留

○団体戦(団体戦に参加される場合、個人戦にも必ず参加いただきます。)

	参加者名(☆印は主将)	フリガナ	性別	満年齢 <small>男子のみ記入</small>	ハンデ	所 属	備 考
A チ ム	☆		男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
B チ ム	☆		男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
C チ ム	☆		男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			

○個人戦(個人戦のみ参加される方に限り、ご記入ください)

	参加者名	フリガナ	性別	満年齢 <small>男子のみ記入</small>	ハンデ	所 属	備 考
1			男・女	歳			
2			男・女	歳			
3			男・女	歳			
4			男・女	歳			
5			男・女	歳			

*** FAXにてお申し込みください。(FAX番号 045-231-1794)***

第40回神奈川県病院協会ボウリング大会実施要領

1 日時

平成24年1月15日(日)

- ・受付 午前9時15分より、会場入口（1階）の大会受付にて
（9時30分までに受付を済ませて下さい。）
- ・開会式 午前9時35分より
- ・試合 午前9時45分より
- ・懇親会 試合終了後、表彰式を兼ねて行います。

2 場所

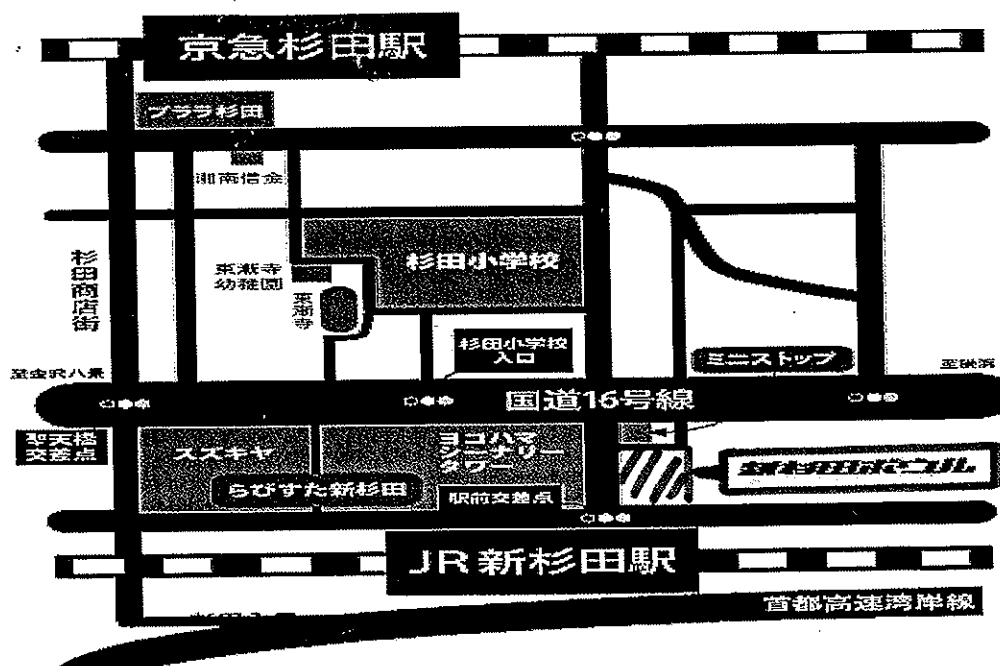
新杉田ボウル

横浜市磯子区中原2-3-22 (Tel.045-773-1111)

交通機関 ・JR新杉田駅前又は京浜急行杉田駅から徒歩5分

- ・駐車場有り（50台）

※駐車台数が限られていますので、お車でのご来場は極力お控えください。



3 参加資格

病院職員（年齢は問いません。女性及び45歳以上の男性にはハンディキャップがつきますので、奮ってご参加ください。）

4 競技種目

・個人戦

・団体戦（4名で1チーム）

※参加者が4名未満の病院は、個人戦のみの参加となります。

※団体戦のみの参加はできません。

5 競技方法

・個人戦は、3ゲームのトータルピンで争います。

団体戦は、4名のトータルピンの合計で順位を決定します。

・ハンディキャップは次の通りとします。年齢は平成24年1月15日現在の満年齢です。

男子 44歳までスクラッチ

45歳～54歳 10ピン（1ゲーム）

55歳～64歳 15ピン（1ゲーム）

65歳～以上 20ピン（1ゲーム）

女子 全員 20ピン（1ゲーム）

・マイナスハンディキャップは次の通りとします。

前回大会 優勝者 -15ピン（1ゲーム）

準優勝者 -10ピン（1ゲーム）

3位 -5ピン（1ゲーム）

※前回大会・・・（第39回）平成23年1月16日実施

6 表彰

・個人戦 優勝から第3位まで、飛賞、フービー賞、ハイゲーム賞

・団体戦 優勝から第10位まで

※必ずチームよりお一人は、懇親会にご参加ください。

7 参加費

・個人戦 1名 3,000円

・団体戦（1チーム4名）にも参加の場合は1チームにつき、2,000円をお支払いください。（団体戦のみの参加は出来ません。）

※参加病院は、協賛金1口以上（1口 15,000円）にご協力をお願い致します。

8 申込み方法

同封のポウリング大会参加申込書に所定事項をご記入の上、神奈川県病院協会事務局まで、FAXにてお送り下さい。その後、参加料・協賛金を銀行振込 又は 現金書留にてご送金下さい。

☆申込期限 平成23年12月20日(火)

※送信先 神奈川県病院協会 事務局(担当 町田) FAX 045-231-1794

☆振込期限 平成24年1月10日(火)

※振込先 横浜銀行本店営業部(普)149693

又は

神奈川県医師信用組合本店(普)17154

名義人 社団法人神奈川県病院協会 出納員 ^{なが}長 ^{くら}倉 ^{やま}靖 ^{ひこ}彦

※書留送付先

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1 神奈川県病院協会事務局

TEL 045-242-7221 FAX 045-231-1794

注1 申込書の性別欄は、ハンディキャップの計算に必要ですので必ずご記入下さい。

また、男子参加者は年齢もご記入をお願いします。

注2 団体戦は1病院から複数のチームが参加できますが、申込多数の場合は、参加を制限させていただく場合もありますのでご了承ください。

注3 メンバー変更は、1月12日(木)までに事務局へご連絡ください。

事前にコンピュータ登録する為、大会当日の変更は原則お受けできません。

9 その他

- ・貸靴を希望される方は、別途300円かかります。(当日徴収いたします。)
- ・事前にメンバーをコンピュータに登録するため、試合前の練習は原則としてありませんが、試合開始後、3分間程度練習ボールが投げられます。

10 大会役員

会 長	渡 邊 史 朗	(湘南第一病院)
担当副会長	太 田 和 年	(森の里病院)
担当常任理事	新 江 良 一	(金沢文庫病院)
//	南 康 平	(丹羽病院)
担 当 理 事	宮 川 政 久	(宮川病院)
//	中 野 重 徳	(相模原中央病院)
担 当 幹 事	高 田 仁	(高田中央病院)
担 当 委 員	松 本 敏 男	(聖マリア医科大学病院)
//	岩 田 照 雄	(昭和大学藤が丘病院)
//	吉 澤 洋 一	(丹羽病院)
//	三 上 啓 二	(総合新川橋病院)
//	沼 田 博	(金沢文庫病院)



協 賛 金 申 込 書

(第40回神奈川県病院協会ボウリング大会)

一金 _____ 円也
(一口一万五千円を _____ 口)
上記賛助金を申込みます。

平成 年 月 日

社団法人神奈川県病院協会
会 長 渡 邊 史 朗 殿

施設名 _____

会員名 (理事長又は病院長) _____

—お願い—

※入金方法は、現金書留か次の指定口座にお振込み下さい。
なお、この申込書を必ずFAX (045-231-1794) にてお送りください。

金融機関 横浜銀行本店営業部 (普) 149693 又は
神奈川県医師信用組合本店 (普) 17154

口座名義 社団法人神奈川県病院協会 出納員 簗 倉 靖 彦