

神病協発第517号
平成27年10月29日

会 員 各 位

公益社団法人神奈川県病院協会
会 長 新 江 良 一
(公印省略)

第44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協力を賜りまして、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。

記

- 開催日時 平成28年1月17日(日) 午前9時45分 試合開始
(受付 9時15分～9時30分 / 開会式 9時35分)
- 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
- 参加申込 平成27年12月18日(金)までに参加申込書をFAX(045(231)1794)
又はメール(machida@k-ha.or.jp)でお送りください。
- 参加料 個人戦 1名 2,500円
団体戦(1チーム4名) 1チーム 2,000円
- 参加料振込 平成27年12月18日(金)までに参加料をお振込ください。
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 公益社団法人神奈川県病院協会
- 問合せ先 神奈川県病院協会 事務局 担当 森田・町田
TEL: 045(242)7221 FAX: 045(231)1794
E-Mail: t.morita@k-ha.or.jp

第44回神奈川県病院協会ポウリング大会実施要領

1 日時

平成28年1月17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

新杉田ポウル

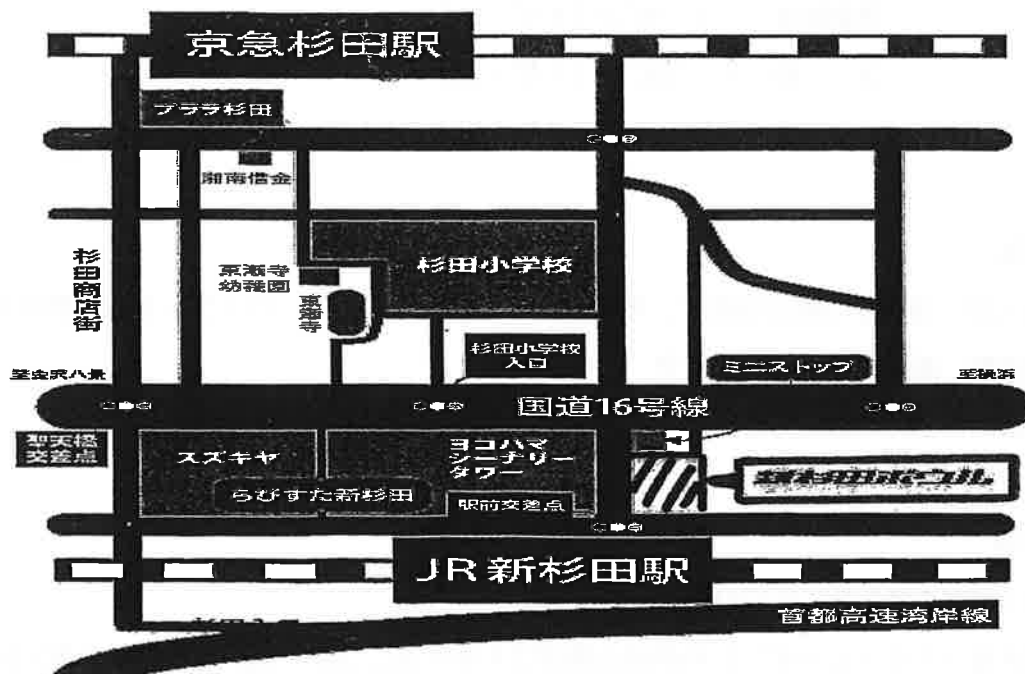
横浜市磯子区中原2-3-22 (TEL045-773-1111)

交通機関 ・JR新杉田駅から徒歩1分 又は 京浜急行杉田駅から徒歩8分

・駐車場有り（50台）

※有料（4時間迄100円 以降30分毎に200円）

※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。）

8 申込み方法

同封の大会参加申込書に所定事項をご記入の上、FAXにてお送りいただくとともに、参加料を銀行振込にてご送金下さい。

- 申込期限 平成27年12月18日(金)
※送信先FAX番号 045-231-1794

- 振込期限 平成27年12月18日(金)
※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 公益社団法人神奈川県病院協会

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14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350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ありませんが、試合開始前に練習ボールが投げられます。

第44回神奈川県病院協会ボウリング大会 参加申込書

平成27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 2,500円 × 名 = 円 施設名 _____

団体戦(※団体戦のみの参加はできません) TEL () ・FAX () _____

1チーム 2,000円 × チーム = 円

合計 = 円 担当者名 _____ 職名 _____

○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チーム	☆		男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
Bチーム	☆		男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
			男・女	歳			
Cチーム	☆		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)***