

| | | | | | |
|-----------------------|---|-----|---------|---------|--------|
| ボウリング団体予約メンバー表 | | 団体名 | | | |
| 代表者氏名 | | | 代表者様ご住所 | | |
| TEL | | | | | |
| 開催日 | 月 | 日 | 曜日 | 開催時間 | : スタート |
| ご希望のボウリングプラン | | | | ご予約ゲーム数 | ゲーム |
| | | | | 参加人数 | 名 |

| | | | |
|---|-----|-------|--|
| レーン | | チーム名: | |
| 順番 | お名前 | ハンデ | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| <input type="checkbox"/> ガターなしレーンを希望する。 | | | |

| | | | |
|---|-----|-------|--|
| レーン | | チーム名: | |
| 順番 | お名前 | ハンデ | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| <input type="checkbox"/> ガターなしレーンを希望する。 | | | |

| | | | |
|---|-----|-------|--|
| レーン | | チーム名: | |
| 順番 | お名前 | ハンデ | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| <input type="checkbox"/> ガターなしレーンを希望する。 | | | |

| | | | |
|---|-----|-------|--|
| レーン | | チーム名: | |
| 順番 | お名前 | ハンデ | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| <input type="checkbox"/> ガターなしレーンを希望する。 | | | |

| | | | |
|---|-----|-------|--|
| レーン | | チーム名: | |
| 順番 | お名前 | ハンデ | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| <input type="checkbox"/> ガターなしレーンを希望する。 | | | |

| | | | |
|---|-----|-------|--|
| レーン | | チーム名: | |
| 順番 | お名前 | ハンデ | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| <input type="checkbox"/> ガターなしレーンを希望する。 | | | |

メンバー表はFAX、または直接お持ちいただいてもかまいません。
大会の前日までご提出をお願いいたします。

FAX 018-864-9572
TEL 018-823-5654

BROOKLYN STRIKE