

病 院 長 殿

一般社団法人岡山県病院協会長

令和7年度 病院職員ボウリング大会の開催について

病院職員ボウリング大会を下記要領により開催しますので、貴病院からも是非ご参加いただきますようご案内します。

記

1. 期 日 令和7年6月22日（日） 時 間 厳 守  
10時 集 合 開会式10時20分～（開会式後、試合開始）
2. 会 場 フェアレーン岡山 ボウリング場（30レーン・貸切り予定）  
岡山市北区清心町16-31 TEL (086)251-1111
3. 出場資格 病院の職員のみとする（常勤・非常勤は問いません）
4. 試 合 男女別個人戦を兼ねるチーム別団体戦。試合は1人3ゲーム。
5. チーム構成 女子1人以上を含む3人1組を1チームとする。  
1病院の出場申し込みは2チームまでとしますが、申し込み多数の場合は各病院1チーム（Aチーム）出場とし、残りのレーンをBチーム用として申し込み先着順に割り当てます。Bチームの出場については、締切り後連絡します。
6. 表 彰 団体戦（チーム戦）・個人戦（男子・女子）
7. 参 加 費 チーム単位とし、1チーム（3人1組） 7,500円（消費税込）  
（10%税込対象額 7,500円 消費税額 681円）
  - ・参加費には、ゲーム代・貸靴代が含まれます。
  - ・参加費は、当日受付でお支払いください。
8. 申込期日 6月6日（金）必着 で病院協会事務局あて申し込んで下さい。  
申し込み期日は厳守して下さい。
9. 備 考 駐車可能台数に限りがあります。車でお越しの場合は、できるだけ乗り合わせてお越し下さい。  
第2駐車場から案内するようになりますので、係員の指示に従ってください。（別紙地図）

\*協会機関紙等への大会報告に、病院名・お名前・顔写真など掲載させていただく場合があります。  
また、試合終了後に名前を掲載したスコア表を各チームに配りますので、あらかじめご了承ください。

# 病院職員ボウリング大会参加申込書

令和 年 月 日

6月22日（日）開催の病院職員ボウリング大会に、下記のとおり参加を申し込みます。

記

病院名（ ）

監督者名（ ）

[Aチーム]

職名	氏名	氏名をカタカナで記入	性別	靴のサイズ
		( )	男・女	
		( )	男・女	
		( )	男・女	

[Bチーム]

職名	氏名	氏名をカタカナで記入	性別	靴のサイズ
		( )	男・女	
		( )	男・女	
		( )	男・女	

※マイシューズを持参の場合は「靴のサイズ」欄に“不要”と記載して下さい。

◎ 2チーム出場申し込み病院にお尋ねします。レーンの場所についてご希望の配置にしますので、下記に○印を入れてください。

① A・Bチーム 隣のレーン      ② A・Bチーム 別のレーン

(注意) コンピュータ入力しますので、出場者のメンバー変更がないようお申し込み下さい。

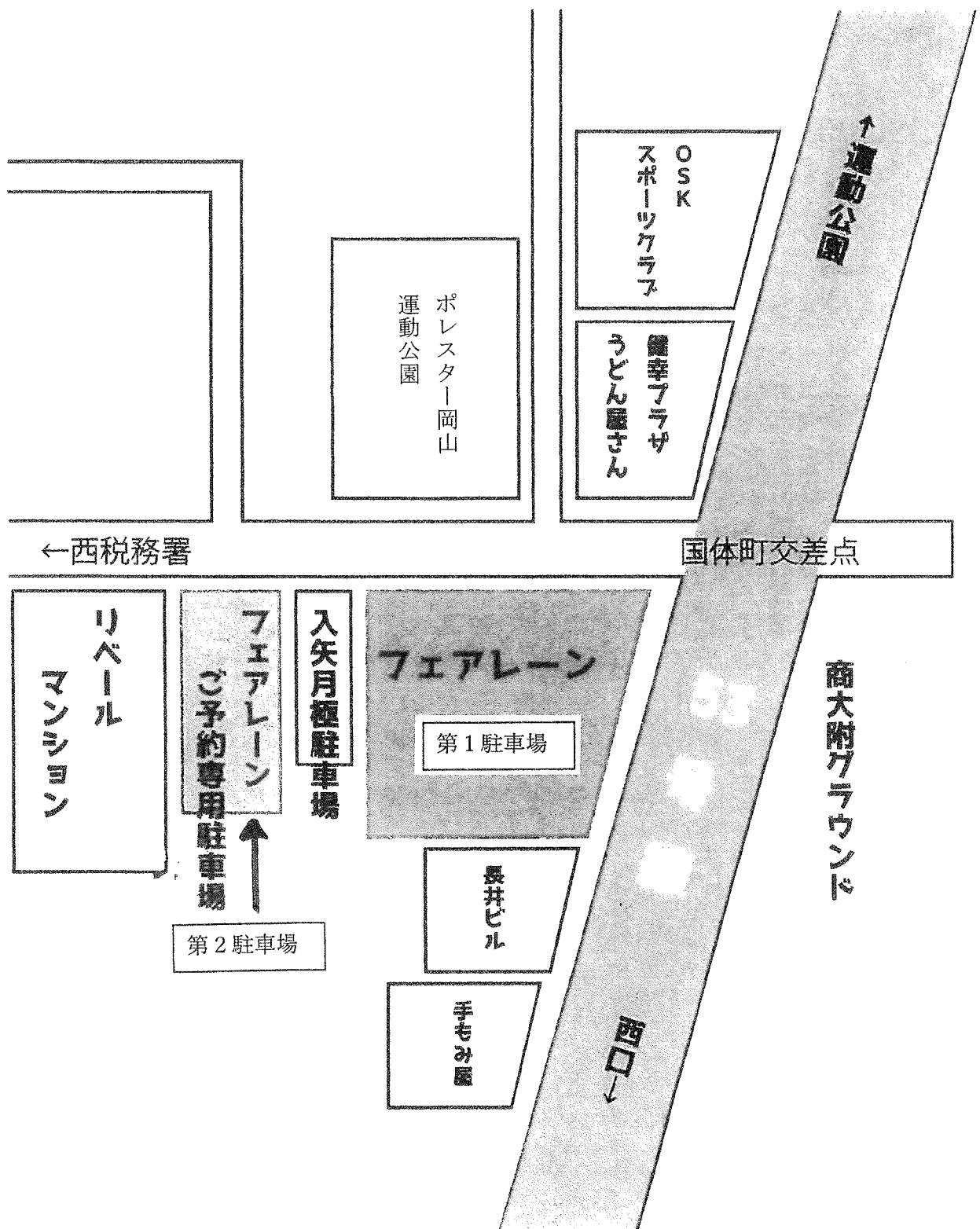
駐車希望台数 ( ) 台

駐車スペースに限りがありますので、できるだけ乗り合わせてください。2台以上の駐車台数確保には、ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※記入もれのないように  
お願いします。

お申し込みは、郵送またはFAX(086)250-3458  
E-mail oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp

# ◆ ご予約専用駐車場地図 ◆



## フェアレーン岡山

岡山市北区清心町16-31

TEL 086-251-1111

FAX 086-252-3922