

第 62 回東日本整形災害外科学会ボウリング大会のご案内

拝啓

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度私共は、平成 25 年 9 月 19 日(木)～21 日(土)の 3 日間、第 62 回東日本整形災害外科学会を軽井沢プリンスホテルにて開催いたします。

会期中、本学会に参加される先生方の親睦を深めたく、下記の通りボウリング大会を企画致しました。

ご多忙の事とは存じますが、皆様方のご参加を心よりお待ちしております。関連病院の先生方にもご案内頂ければ幸いです。

開催日時：9 月 20 日(金) 6:30～ 7:30

集合時間：9 月 20 日(金) 6:20

集合場所：軽井沢プリンスボウル入り口

参加人数：1 チーム 4 人

参加資格：本学会参加者（必ず学会参加証をご持参ください）

試合形式：1 人 1 ゲーム、チームの合計得点で競技

レーン数に限りがある為、30 チームを超えた場合は、先着順とさせていただきます。

参加費：無料（スポーツ保険は、当方で加入いたします）

場 所：軽井沢プリンスボウル（軽井沢ショッピングプラザ内 Tel: 0267-42-1133）

現地集合をお願いいたします。

マイボウル・マイシューズ・マイグローブの使用は構いません。レンタルシューズが必要な方は、靴のサイズも明記して下さい。

お手数をおかけ致しますが、参加される場合は、別紙にご記入の上 FAX で連絡ください。準備の都合上 9 月 9 日までにご返事下さいますようお願い申し上げます。

敬具

第 62 回東日本整形災害外科学会

会長 松下 隆

(帝京大学医学部整形外科学講座 主任教授)

帝京大学医学部整形外科学
ボウリング担当 山田 和明 行

173-8606
東京都板橋区加賀 2 丁目 11-1
TEL 03-3964-4097/FAX 03-5375-6864

FAX : (03)-5375-6864

(準備の都合上 9 月 9 日までにご返信ください。)

第 62 回東日本整形災害外科学会

ボウリング大会に参加します

貴チーム名 : _____

代表者名 : _____ 靴のサイズ (_____)

氏名 : _____ 靴のサイズ (_____)

氏名 : _____ 靴のサイズ (_____)

氏名 : _____ 靴のサイズ (_____)

代表者ご連絡先(TEL) : _____

代表者ご連絡先 E-mail : _____

(詳細につきましては、参加チームが決定した後に各チームにご連絡いたします。)