

第 回 OBB参加申込書

記入日 平成 年 月 日

開催日	平成 年 月 日 開催
フリガナ 氏名	
住所	〒
電話	自宅 () - 携帯 () -
生年月日	昭和 年 月 日 (満 才)
ボクシング練習歴	年 ヶ月 ※現在継続されている年数を記入
ボクシング歴:戦績	アマ 年 ヶ月 戦 勝 敗 分 RSC プロ 年 ヶ月 戦 勝 敗 分 KO
身長・体重	身長: cm 体重: kg
血液型	A B O AB (RH + -)
スタイル	<input type="checkbox"/> オースドックス (右) <input type="checkbox"/> サウスポー (左)
所属ジム	
フリガナ リングネーム	
他の格闘技歴	() 年 ヶ月
現在治療中の 病気・怪我・薬等	
緊急連絡先	フリガナ (続柄) 氏名 電話 () -
保険加入の確認	保険会社名: 保険種類:

※緊急連絡先は、OBB試合当日に連絡がとれる電話番号を記入して下さい。

<http://www.boxing-heiwa.jp/>

【お問合せ先・FAX送信先】

〒478-0055
愛知県知多市にしのみ 2-100-7
BOXING GYM HEIWA 二村(ニムラ)
TEL 0562-54-0123
FAX 0562-55-0909