

申請日 西暦 年 月 日

健康管理支援金(8,000円) 申込書

お振込み前に下記空欄をご記入いただき、FAXして頂きます様お願い致します。

ジム名			
選手名	<input type="checkbox"/> プロボクサー <input type="checkbox"/> テスト <input type="checkbox"/> 練習生		
	フリガナ		
	漢字		
	リングネーム		
選手名	<input type="checkbox"/> プロボクサー <input type="checkbox"/> テスト <input type="checkbox"/> 練習生		
	フリガナ		
	漢字		
	リングネーム		
選手名	<input type="checkbox"/> プロボクサー <input type="checkbox"/> テスト <input type="checkbox"/> 練習生		
	フリガナ		
	漢字		
	リングネーム		
選手名	<input type="checkbox"/> プロボクサー <input type="checkbox"/> テスト <input type="checkbox"/> 練習生		
	フリガナ		
	漢字		
	リングネーム		
選手名	<input type="checkbox"/> プロボクサー <input type="checkbox"/> テスト <input type="checkbox"/> 練習生		
	フリガナ		
	漢字		
	リングネーム		

振込先	三井住友銀行 難波支店 普通 NO. 0555108 西日本ボクシング協会 保険料 山下正人
-----	---

ジム名でお振込み下さい

西日本ボクシング協会 FAX:06-6641-7761