

Kobushi-Bo

Anforderung von weiteren Informationen /
Further Information Form



鼓舞士ボ

Persönliche Daten / Personal data:

Name / Name: _____

Alter / Age: _____

Kampfkunst / Martial Art: _____

Graduierung / Grade: _____

Anschrift / Address: _____

PLZ, Wohnort / ZIP, City: _____

Land / Country: _____

FAX Nr. / FAX No.: _____

Anmerkungen / Comments: _____

Please send this form to Dieter Lösger /
Bitte senden Sie dieses Formular an Dieter Lösger

FAX: +49 201 - 60 17 73