

Warband Name: **Black Orks**

Warband Type: neutral/chaotic

Treasury

Gold Crowns: 0

Treasure:

None

Warband Rating

Grand Total Experience: 55+10

Members (12) x 5: 60

Large Creatures (1) x 20: 20

Hired Swords: 4+13

Dramatis Personae: +

Rating: 152

Stored Equipment

None

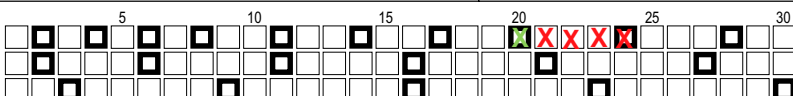
Name: Grumlok & Gazbag

Type: Black Ork Leader

☒ Combat ☒ Shooting ☐ Academic ☒ Strength ☒ Speed ☒ Special

M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv
4	4	4	4	4	1	4	1	8	6

4	7	6	5	5	3	5	4	10	
---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶**Equipment:**
battle axe helmet
dagger (off hand)**Injuries:****Total Experience**
24**Skills & Spells:**

Leader

Black Orc

Oi Behave!

+10 wb rating

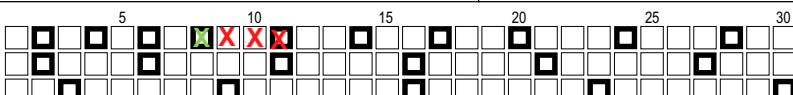
Name: Ug'Lash

Type: Black Ork

☒ Combat ☒ Shooting ☐ Academic ☒ Strength ☒ Speed ☒ Special

M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv
4	4	3	4	5	1	3	1	7	6

4	7	6	5	5	3	5	4	10	
---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶**Equipment:**
battle axe
dagger (off hand)**Injuries:****Total Experience**
11**Skills & Spells:**

Black Orc

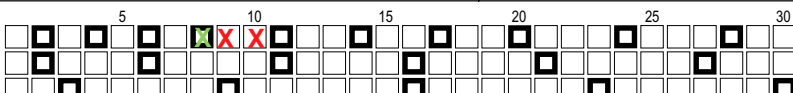
Name: Karhag

Type: Black Ork

☒ Combat ☒ Shooting ☐ Academic ☒ Strength ☒ Speed ☒ Special

M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv
4	4	3	4	4	1	3	1	7	6

4	7	6	5	5	3	5	4	10	
---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶**Equipment:**
battle axe
dagger (off hand)**Injuries:****Total Experience**
10**Skills & Spells:**

Black Orc

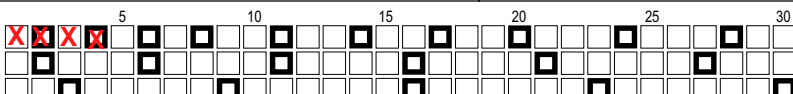
Name: Grommok

Type: Young'un

☒ Combat ☒ Shooting ☐ Academic ☐ Strength ☐ Speed ☒ Special

M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv
4	3	2	3	4	1	2	1	7	

4	7	6	5	5	3	5	4	10	
---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

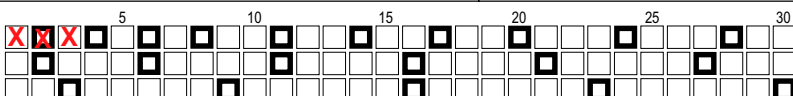
HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶**Equipment:**
battle axe
dagger (off hand)**Injuries:****Total Experience**
4**Skills & Spells:**Black Orc Blood
'ard ead**Name:** Rem'Buld

Type: Young'un

☒ Combat ☒ Shooting ☐ Academic ☐ Strength ☐ Speed ☒ Special

M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv
4	2	2	3	4	1	2	1	7	

4	7	6	5	5	3	5	4	10	
---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶**Equipment:**
battle axe
dagger (off hand)**Injuries:****Total Experience**
3**Skills & Spells:**

'ard ead

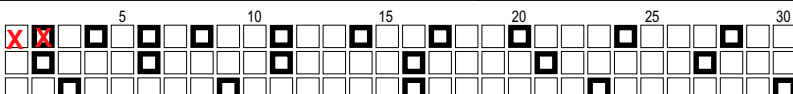
Name: Norog

Type: Ork Boy

☒ Combat ☐ Shooting ☐ Academic ☒ Strength ☐ Speed ☐ Special

M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv
4	4	3	3	4	1	2	1	7	

4	7	6	5	5	3	5	4	10	
---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶**Equipment:**
dagger
dagger (off hand)**Injuries:****Total Experience**
2**Skills & Spells:**

animosity

Name: Rog'Rogg Type: Black Orc Hired Sword <input checked="" type="checkbox"/> Combat <input type="checkbox"/> Shooting <input type="checkbox"/> Academic <input checked="" type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Speed <input checked="" type="checkbox"/> Special <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>M</th><th>WS</th><th>BS</th><th>S</th><th>T</th><th>W</th><th>I</th><th>A</th><th>Ld</th><th>Sv</th> </tr> <tr> <td>4</td><td>4</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>7</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>5</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td><td>10</td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶ </div>	M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	4	4	3	4	4	1	3	1	7	3	4	7	6	5	5	3	5	4	10		Equipment: 2x battle axe (free dagger) heavy armor helmet Injuries: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5"></td><td>5</td><td colspan="5"></td><td>10</td><td colspan="5"></td><td>15</td><td colspan="5"></td><td>20</td><td colspan="5"></td><td>25</td><td colspan="5"></td><td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						5						10						15						20						25						30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skills & Spells: I said 'shut it! Who's Da Boss! Whose Da Man? Independent <div style="text-align: right;">Total Experience 13</div>
M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																																																																																																																	
4	4	3	4	4	1	3	1	7	3																																																																																																																	
4	7	6	5	5	3	5	4	10																																																																																																																		
					5						10						15						20						25						30																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
Name: Stinkender alter Ron Type: Beggar Hired Sword <input type="checkbox"/> Combat <input type="checkbox"/> Shooting <input type="checkbox"/> Academic <input type="checkbox"/> Strength <input checked="" type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Special <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>M</th><th>WS</th><th>BS</th><th>S</th><th>T</th><th>W</th><th>I</th><th>A</th><th>Ld</th><th>Sv</th> </tr> <tr> <td>4</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>5</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶ </div>	M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	4	1	1	3	2	1	3	1	5												Equipment: club (free dagger) Injuries: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5"></td><td>5</td><td colspan="5"></td><td>10</td><td colspan="5"></td><td>15</td><td colspan="5"></td><td>20</td><td colspan="5"></td><td>25</td><td colspan="5"></td><td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						5						10						15						20						25						30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skills & Spells: Scrounge Not a Thread <div style="text-align: right;">Total Experience 4</div>
M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																																																																																																																	
4	1	1	3	2	1	3	1	5																																																																																																																		
					5						10						15						20						25						30																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
Name: Type: <input type="checkbox"/> Combat <input type="checkbox"/> Shooting <input type="checkbox"/> Academic <input type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Special <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>M</th><th>WS</th><th>BS</th><th>S</th><th>T</th><th>W</th><th>I</th><th>A</th><th>Ld</th><th>Sv</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶ </div>	M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																					Equipment: Injuries: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5"></td><td>5</td><td colspan="5"></td><td>10</td><td colspan="5"></td><td>15</td><td colspan="5"></td><td>20</td><td colspan="5"></td><td>25</td><td colspan="5"></td><td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						5						10						15						20						25						30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skills & Spells: <div style="text-align: right;">Total Experience</div>
M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																																																																																																																	
					5						10						15						20						25						30																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
Name: Type: <input type="checkbox"/> Combat <input type="checkbox"/> Shooting <input type="checkbox"/> Academic <input type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Special <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>M</th><th>WS</th><th>BS</th><th>S</th><th>T</th><th>W</th><th>I</th><th>A</th><th>Ld</th><th>Sv</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶ </div>	M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																					Equipment: Injuries: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5"></td><td>5</td><td colspan="5"></td><td>10</td><td colspan="5"></td><td>15</td><td colspan="5"></td><td>20</td><td colspan="5"></td><td>25</td><td colspan="5"></td><td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						5						10						15						20						25						30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skills & Spells: <div style="text-align: right;">Total Experience</div>
M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																																																																																																																	
					5						10						15						20						25						30																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
Name: Type: <input type="checkbox"/> Combat <input type="checkbox"/> Shooting <input type="checkbox"/> Academic <input type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Special <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>M</th><th>WS</th><th>BS</th><th>S</th><th>T</th><th>W</th><th>I</th><th>A</th><th>Ld</th><th>Sv</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶ </div>	M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																					Equipment: Injuries: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5"></td><td>5</td><td colspan="5"></td><td>10</td><td colspan="5"></td><td>15</td><td colspan="5"></td><td>20</td><td colspan="5"></td><td>25</td><td colspan="5"></td><td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						5						10						15						20						25						30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skills & Spells: <div style="text-align: right;">Total Experience</div>
M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																																																																																																																	
					5						10						15						20						25						30																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
Name: Type: <input type="checkbox"/> Combat <input type="checkbox"/> Shooting <input type="checkbox"/> Academic <input type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Special <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>M</th><th>WS</th><th>BS</th><th>S</th><th>T</th><th>W</th><th>I</th><th>A</th><th>Ld</th><th>Sv</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶ </div>	M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																					Equipment: Injuries: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5"></td><td>5</td><td colspan="5"></td><td>10</td><td colspan="5"></td><td>15</td><td colspan="5"></td><td>20</td><td colspan="5"></td><td>25</td><td colspan="5"></td><td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						5						10						15						20						25						30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skills & Spells: <div style="text-align: right;">Total Experience</div>
M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																																																																																																																	
					5						10						15						20						25						30																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
Name: Type: <input type="checkbox"/> Combat <input type="checkbox"/> Shooting <input type="checkbox"/> Academic <input type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Special <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>M</th><th>WS</th><th>BS</th><th>S</th><th>T</th><th>W</th><th>I</th><th>A</th><th>Ld</th><th>Sv</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HERO ▲ Racial Maximums ▲ Experience ▶ </div>	M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																					Equipment: Injuries: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5"></td><td>5</td><td colspan="5"></td><td>10</td><td colspan="5"></td><td>15</td><td colspan="5"></td><td>20</td><td colspan="5"></td><td>25</td><td colspan="5"></td><td>30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						5						10						15						20						25						30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skills & Spells: <div style="text-align: right;">Total Experience</div>
M	WS	BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv																																																																																																																	
					5						10						15						20						25						30																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																

Name:		Equipment:		Special Rules & Skills:																							
Type: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Number: <input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>M</td><td>WS</td><td>BS</td><td>S</td><td>T</td><td>W</td><td>I</td><td>A</td><td>Ld</td><td>Sv</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		M	WS			BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Experience 5 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Group Experience:	
M	WS	BS	S			T	W	I	A	Ld	Sv																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

Name:		Equipment:		Special Rules & Skills:																							
Type: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Number: <input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>M</td><td>WS</td><td>BS</td><td>S</td><td>T</td><td>W</td><td>I</td><td>A</td><td>Ld</td><td>Sv</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		M	WS			BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Experience 5 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Group Experience:	
M	WS	BS	S			T	W	I	A	Ld	Sv																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

Name:		Equipment:		Special Rules & Skills:																							
Type: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Number: <input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>M</td><td>WS</td><td>BS</td><td>S</td><td>T</td><td>W</td><td>I</td><td>A</td><td>Ld</td><td>Sv</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		M	WS			BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Experience 5 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Group Experience:	
M	WS	BS	S			T	W	I	A	Ld	Sv																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

Name:		Equipment:		Special Rules & Skills:																							
Type: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Number: <input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>M</td><td>WS</td><td>BS</td><td>S</td><td>T</td><td>W</td><td>I</td><td>A</td><td>Ld</td><td>Sv</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		M	WS			BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Experience 5 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Group Experience:	
M	WS	BS	S			T	W	I	A	Ld	Sv																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

Name:		Equipment:		Special Rules & Skills:																							
Type: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Number: <input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>M</td><td>WS</td><td>BS</td><td>S</td><td>T</td><td>W</td><td>I</td><td>A</td><td>Ld</td><td>Sv</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		M	WS			BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Experience 5 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Group Experience:	
M	WS	BS	S			T	W	I	A	Ld	Sv																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

Name:		Equipment:		Special Rules & Skills:																							
Type: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Number: <input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>M</td><td>WS</td><td>BS</td><td>S</td><td>T</td><td>W</td><td>I</td><td>A</td><td>Ld</td><td>Sv</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		M	WS			BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Experience 5 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Group Experience:	
M	WS	BS	S			T	W	I	A	Ld	Sv																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

Name:		Equipment:		Special Rules & Skills:																							
Type: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Number: <input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>M</td><td>WS</td><td>BS</td><td>S</td><td>T</td><td>W</td><td>I</td><td>A</td><td>Ld</td><td>Sv</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		M	WS			BS	S	T	W	I	A	Ld	Sv	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Experience 5 10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Group Experience:	
M	WS	BS	S			T	W	I	A	Ld	Sv																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		

▶

Henchmen Total Experience:

0

Notes (Skill Descriptions, Spell Descriptions, etc.):