

福岡県医療機器協会
会 員 各 位

令和元年8月2日

福岡県医療機器協会
理 事 長 高井 達朗
厚生委員長 前田 雅英

第34回親睦ソフトボール大会のご案内

貴社ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、親睦ソフトボール大会を下記の通り開催いたしますので、会員各社のご参加を宜しくお願いします。

別紙申込用紙にて、8月30日(金)までにお申込み下さい。

記

- 1) 開催日時 : 令和元年 9月 21日(土) 開会式 8:30
試合開始 9:00
- 2) 開催場所 : 雁の巣レクリエーションセンター
- 3) 試合方法 : 監督会議で説明致します。
※監督会議については後日案内致します。(9/11開催予定)
- 4) 会 費 : 10,000円(1チーム) ※監督会議にて徴収します。
- 5) 参加申込書 : 添付しました別紙申込用紙にて申込みして下さい。
- 6) 申 込 先 : 福岡県医療機器協会 事務局
TEL(092)715-9090
FAX(092)715-5500
- 7) 申込締切日 : 令和元年8月30日(金)午後5:00迄(時間厳守)
32チームで締切ります。参加チームが定数をオーバーした場合は、抽選で決定します。
(1社で複数チームの参加、及び混成チームの参加も可能です。
その場合、申込用紙はコピーして頂き、チーム毎でご記入をお願いします。)
- 8) 注意事項 : 大会要綱、競技ルール等は大会前の厚生委員会議及び
監督会議にて決定後お知らせ致します。
なお、参加メンバーには、女性又は55才以上の男性を必ず
入れて下さい。

福岡県医療機器協会
第34回ソフトボール大会参加申込書

会社名 : _____ 電話 _____ / FAX _____

責任者名 : _____ / 緊急連絡者名 : _____ (携帯) _____

番号	参加選手氏名	性別	年齢
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※ 選手登録の方は、自動的に保険加入扱いとなり、保険料は協会負担です。

※申込締切日:令和元年8月30日(金)

申込先 福岡県医療機器協会 事務局(九連事務局内)
FAX (092)715-5500
または E-mail Kyuren@ninus.ocn.ne.jp