

福岡県医療機器協会
第39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6年7月31日(水)

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