

社会福祉施設職員第91回共済会スポーツ大会バレーボールの部 参加申込書

申込締切は2025年11月14日(金)です

1.代表事業所名、代表事業所電話番号、代表担当者名を記入してください。

|     |   |   |     |
|-----|---|---|-----|
| 事業所 |   |   |     |
| TEL | - | - | 担当者 |

2.参加するチーム名(記号等特殊文字不可)、選手の氏名を記入し、性別に○を付けてください。

3.1 チームにつきラインズマン2名、得点係1名を選出し、枠内に○を記入してください。

| ① | チーム名  | 性別  | ラインズマン | 得点係 | 備考<br>複合チームは施設名を記入 | 家族参加<br>(3親等以内<br>16歳以上) |
|---|-------|-----|--------|-----|--------------------|--------------------------|
| 例 | 共済 花子 | 女・男 |        | ○   |                    | ☑                        |
| 1 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 2 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 3 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 4 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 5 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 6 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 補 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 補 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| ② | チーム名  |     |        |     |                    |                          |
| 1 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 2 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 3 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 4 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 5 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 6 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 補 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |
| 補 |       | 女・男 |        |     |                    | <input type="checkbox"/> |

4.車の駐車台数と応援参加者数を記入してください。※駐車を約束するものではありません

|        |    |                            |    |   |            |
|--------|----|----------------------------|----|---|------------|
| 駐車台数   | 選手 | 台                          | 応援 | 台 | ※10人乗り以上→□ |
| 応援参加者数 | 名  | 軽食をお渡しいたします。未記入の場合は0名とします。 |    |   |            |

5.参加申込書を共済会にFAX送信後、受信確認の電話をしてください。

FAX:075-252-5881 → TEL:075-252-5888

ご注意

- 会員の家族が参加される場合は「家族参加」欄にチェックを入れてください。(家族参加は2名以内)
- 複数施設で編成されたチームは、備考欄に所属施設名を記入してください。
- \*他法人との複合チームは、以下の①②いずれかの条件を満たす場合のみ参加いただけます。
- ①1施設の職員数が15名以下/②「①」以外の施設は、2法人まで、かつ1法人の選手は5名まで
- 複合チームを除き、原則、1施設につき2チームまでお申込ができます。
- チーム名が無い場合は、法人名又は、1番目の選手の所属施設名とします。

|            |           |      |                          |     |   |          |          |           |
|------------|-----------|------|--------------------------|-----|---|----------|----------|-----------|
| 共済会<br>使用欄 | 契事<br>No. | センター | <input type="checkbox"/> | 遠距離 | A | 受付<br>番号 | 受信<br>確認 | キャン<br>セル |
|------------|-----------|------|--------------------------|-----|---|----------|----------|-----------|