

社会福祉施設職員第 93 回 共済会スポーツ大会 バレーボールの部 参加申込書

申込締切日 : 2026 年 11 月 9 日(月)

1. 代表事業所名(または法人名)、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 (連絡先)	-	-	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 2 名	得点係 1 名	備 考 複合チームは所属施設名を記入	家族参加 (3 親等以内 16 歳以上)
例	共済 花子	女・男		○		☒
1		女・男				☐
2		女・男				☐
3		女・男				☐
4		女・男				☐
5		女・男				☐
6		女・男				☐
補		女・男				☐
補		女・男				☐
②	チーム名					
1		女・男				☐
2		女・男				☐
3		女・男				☐
4		女・男				☐
5		女・男				☐
6		女・男				☐
補		女・男				☐
補		女・男				☐

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→口
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。
① 施設の職員数が 15 名以下程度/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。
○チーム名の記載が無い場合は、法人名又は、1 番目の選手の所属施設名とします。