山形地区社会保険委員会天童支部　行き

FAX:023-654-7481

職場対抗ソフトボール大会参加申込書

申込　8月29日(金)まで

事業所名

住　所

電　話

ファックス

チーム代表者名

チーム代表者電話番号

※当日などの緊急の連絡先として、代表者の携帯電話の番号をご記入下さい。

3位決定戦の開催を希望しますか。　　希望する　・　希望しない

※希望する・希望しないのどちらか一方を丸で囲んで下さい。

代表者会議の出席者名

〔　　〕

※試合運営係　審判3　ボール係3

No	氏名	性別	年齢 男性のみ	当日の代表者に ○印をつけて下さい。	試合運営係をされる方に ○印をつけて下さい。(6名)	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						