**※申込期限　７月１２日(金)**

コピーしてお使いください。

***第45回女子ソフトバレーボール大会***

***出場申込書***



**大会実行委員会 行**

（健保組合内 FAX 029-226-7554）

大会実施要領に基づき、監督・選手名簿を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 保険証 | | 氏　　　　　名 | 背番号 | 備　考 |
| 記号 | 番号 |
| ① | 監　督 |  |  |  |  |  |
| ② | 主　将 |  |  |  |  |  |
| ③ | 選　手 |  |  |  |  |  |
| ④ | 〃 |  |  |  |  |  |
| ⑤ | 〃 |  |  |  |  |  |
| ⑥ | 〃 |  |  |  |  |  |
| ⑦ | 〃 |  |  |  |  |  |
| ⑧ | 〃 |  |  |  |  |  |
| ⑨ | 〃 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事　業　所　名** | **チ　ー　ム　名** | **代　表　者　名** |
|  |  |  |
| 代表者職場TEL | 代表者職場FAX | 代表者携帯TEL |
| （　　） | （　　） | （　　） |

※記入いただいた個人情報は、本大会の運営と保健事業の効果検証に限り使用いたします。