

社会保険親善ボウリング大会に参加されるみなさんへ

このたびは、親善ボウリング大会に参加申込みをいただきましてありがとうございます。
ございます。大会の詳細についてお知らせいたしますのでご確認ください。

なお、大会当日は時間厳守でお集まりください。

- 日 時： 平成30年12月7日（金） 受付 午後6時～
ゲーム開始 午後6時30分
- と ころ： ルミックスポウル原町
原町市橋本町3-34 TEL 24-3471
- 競技方法： 個人戦、2ゲームの合計得点で順位を決定します。
ハンデは女性のみ、1ゲームにつき15点とします。
同点の場合は、高年齢順とします。
- 参加費： 一人1,000円（ゲーム代、靴代、飲み物代を含みます）
当日、受付にて徴収いたします。
- 表 彰： 優勝、準優勝、第3位、第7位（当日賞）、飛賞、
ブービー賞、ハイゲーム賞、参加賞

連絡事項

- ・都合により参加できなくなったときは、必ず事務局まで連絡してください。
- ・連絡先： TEL/FAX 36-7819 090-3647-7219
- ・ゲーム開始までに受付がない場合は、棄権とみなしますので時間に余裕を持ってお集まりください。

（一財）福島県社会保険協会相馬支部
相馬社会保険委員会

「ボウリング大会」参加申込書

(送付先：福島県社会保険協会)

FAX. 024-525-9312

相馬支部の第25回「社会保険親善ボウリング大会」に申込みます。

平成 年 月 日

◆事業所名・グループ代表者・連絡先

事業所名		
事業所住所	〒 -	
グループ代表者	(参加される方の代表者氏名)	
代表者連絡先	TEL.	FAX.

◆参加者 (メンバー)

No.	フリガナ	性別	区分	年齢
	参加者氏名			
1		男・女	被保険者・家族	歳
2		男・女	被保険者・家族	歳
3		男・女	被保険者・家族	歳
4		男・女	被保険者・家族	歳

※「グループ代表者」の方も参加されるときは「参加者」の欄にも必ずご記入ください。

※メンバー表を作成しますので「氏名」は丁寧・正確にご記入願います。

※年齢は大会日現在でご記入ください。