

健康保険組合バレーボール大会 参加申込書

チーム責任者

※チーム登録者のうち1名

事業所(部署)名

連絡先 Tel

(内線等)

フリガナ

チーム名

※10文字以内でお願いします

背番号	氏名	性別	被保険者証 記号・番号	備考
1		男・女	—	
2		男・女	—	
3		男・女	—	
4		男・女	—	
5		男・女	—	
6		男・女	—	
7		男・女	—	
8		男・女	—	
9		男・女	—	

○7名以上9名以下のメンバーで申込むこと

○チーム編成は、男女混成または女子のみとすること

※試合中のチーム編成も同様とする

○チーム名は10文字以内で、なるべく所属がわかるものにする

申込締切：2019年5月8日（水）16:00

健保連絡事務局（教育棟1階）あて提出

※申込順で主将会議での抽選順が決まりますのでお早めに。

※申込時、先着順にて大会前日までの体育館予約が可能です。

※この申込みにより知り得た個人情報は、バレーボール大会の運営にのみ使用するものとし、その他の目的には使用いたしません。
ただし、傷害保険加入に必要なため、(株)ケイティエスに加入申込みの際、名簿を添付します。
個人情報の第三者提供となりますので、停止を希望される方は下記にご連絡ください。
(注) 名簿に記載されていない方は傷害保険の対象外となります。

連絡先：亀田総合病院健康保険組合 Tel 043-225-3811 白石あて