

第29回社会保険ソフトボール大会 〈益田・鹿足地区〉のお知らせ

島根県社会保険協会浜田支部の体育奨励事業として、益田・鹿足地区の会員事業所を対象に、次のとおりソフトボール大会を開催します。
健康づくりを目的としたレクリエーション大会です。
ふるって御参加ください。

開催期日及び会場

開催期日：令和2年5月17日（日）

会 場：久々茂コミュニティー広場



参加資格

（一財）島根県社会保険協会の会員事業所毎に編成したチームとし、1事業所1チーム（17名以内で、試合に出場する人は選手登録が必要です。）とします。

ただし、1事業所の被保険者数が40名未満である場合は、4事業所以内で 連合チームを編成することができます。（平成29年度から変更）

参加申込み

1. 申込期限：令和2年4月29日（水）

2. 申込み方法：

「R2社会保険ソフトボール大会参加申込書〈益田会場5.17〉」に必要事項を記載の上、次の申込先へ送付してください。（FAX可）

参加申込書は、ホームページの「お知らせ」から印刷するか、又は、当協会へ電話、FAXで請求してください。

〈島根県社会保険協会ホームページ〉 <http://www.shimane-shahokyo.or.jp>

3. 申込先

〒690-0843 松江市末次本町46 RGB401（一財）島根県社会保険協会

電話：0852-27-5059 FAX：0852-27-5068

メール：shahokyo@web-sanin.co.jp

組合せ抽選会

令和2年5月9日（土）19：00から豊川公民館で開催予定です。

主 催 一般財団法人 島根県社会保険協会浜田支部

後 援 日本年金機構浜田年金事務所・全国健康保険協会島根支部

R 2 社会保険ソフトボール大会参加申込書 < 益田会場 (益田/鹿足地区) 5.17 >

1. 事業所名 _____

TEL(_____)/FAX(_____)

2. 所在地 (〒 _____) _____

3. 責任者 _____ 休日・夜間の連絡用TEL(_____)

4. 監督 _____

メンバー表

締め切り R 2. 4. 29 (水) FAX可

番号	背番号	氏名	保険証記号番号	年齢	資格取得	連合チームの場合
					年月日	の勤務先事業所名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						