

【FAX送信先】 03-5842-5652 【メールの場合】kyousai@min-iren.gr.jp

選手登録用紙 全日本民医連共済創立45周年 **全国野球大会**

チーム名		連絡者住所	〒	
第1連絡者		第1連絡者携帯電話		第1連絡者 E-mail(携帯専用)
第2連絡者		第2連絡者携帯電話		第2連絡者 E-mail(携帯専用)
監督名		主将名		E-mail(PC専用)

番号	背番号	選手名	ふりがな	指定職員コード	性別	職種	年齢	法人名	事業所名
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

※ 背番号は若い番号順に記入願います。

※ 選手費用は13名分までは、全日本民医連厚生事業協会で負担しますが、それ以外の選手は各チーム負担となりますので予めご了承ください。

下記の欄はコーチ・マネージャー・スコアラーを記入して下さい。

番号	役職名	氏名	ふりがな	指定職員コード	性別	職種	年齢	法人名	事業所名
1									
2									
3									
4									

1、出場回数：初出場 ・ 回目

2、交通方法：マイクロバス・ワゴン・電車・飛行機

3、福島駅到着予定時刻：()時()分頃 ※到着時刻によっては送迎バスの手配が出来ない場合があります。

4、作成者：

5、提出月日：2018年 月 日

6、都道府県名：