|  |  |
| --- | --- |
| 福利厚生センター愛媛県事務局あて（ＦＡＸ：０８９－９２１－８９３９　Ｅメール：e-sowel@ehime-shakyo.or.jp） | **申込締切：令和６年６月１０日(月)** |

**「ソウェルクラブゴルフ大会in奥道後ゴルフクラブ」参 加 申 込 書**

【事業所情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 担当者：（ 　　　　） | | 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  | | | |

【参加者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | ふりがな | 参加  区分 | 性別 | 年齢  (参加時点) | 会員番号 | 携帯番号  （当日連絡用） | 備考 |
| 氏　名 |
| 1 |  | □会員  □会員家族  □非会員 | □男性  □女性 |  |  |  |  |
|  |
| 2 |  | □会員  □会員家族  □非会員 | □男性  □女性 |  |  |  |  |
|  |
| 3 |  | □会員  □会員家族  □非会員 | □男性  □女性 |  |  |  |  |
|  |
| 4 |  | □会員  □会員家族  □非会員 | □男性  □女性 |  |  |  |  |
|  |

（申込書記入上等の注意事項）

※会員家族とは「同一敷地内居住の同居親族」に限定します。同居家族の会員番号は、会員本人の会員番号をご記入ください。

※上記項目に☑又は必要事項をご記入ください。

※組合せの希望（交流を目的とした他事業所との組み合わせ可等）がある場合は、備考欄にご記入ください。申込状況によっては、希望に添えない場合があります。

※**申込多数の場合は、この用紙を１グループとしてグループ単位の抽選**となりますので、必ずグループごとに作成してください。ただし、より多くの会員の皆さまにご参加いただくため、これまでに参加されていない方や参加の少ない方を優先させていただく場合があります。

※本申込書の様式を、ソウェルクラブ愛媛県事務局のホームページからダウンロードすることができます。

|  |
| --- |
| この申込書で取得した個人情報は取扱いに十分留意し本事業運営以外には使用しません。 |