

平成29年10月吉日

(公社)佐賀県理学療法士会 会員様



公益社団法人佐賀県理学療法士会主催

## スポーツ交流会のご案内



(担当) 事務局 福利厚生部 田中智史

拝啓

会員の皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。また、平素は地区活動においてご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

スポーツの秋です！今年も**スポーツ交流会（フットサル大会）**を開催したいと思えます。

職場の上司、又は後輩を誘って、一緒に汗を流しませんか？(^\_^)

お忙しい中と存じますが、たくさんのお申し込みをお待ちしております。

敬具

記

日程：平成29年11月19日（日）

会場：武雄白岩体育館 大競技室（武雄市武雄町大字武雄 4814 番地）

時間： 受付13時20分 16時30分頃終了予定

対象：(公社)佐賀県理学療法士会会員および関連する他職種（PT会員の同施設であること）

参加条件：①同一施設内職種で構成されるチーム（佐賀県士会理学療法士を中心とした）

②佐賀県理学療法士会会員の他施設間でのMIXチーム

③個人での参加（個人多数の場合MIXチームを作成いたします）

◎必ず1チームの2名の審判の選出をお願いいたします。ルールに関しましては、スポーツ交流会独自の簡単なルールとさせていただきますので、気兼ねなく選出下さい。

参加費：無料

但し、スポーツ保険費として1名あたり下記の料金を当日徴収させていただきます。

佐賀県理学療法士会会員・会員外の理学療法士・他職種 一律 500円

申込締め切り：10月31日（火）18時迄（期限以降はいかなる場合も受付致しません）

※例年締め切りを超えた申し込みが目立ちます。締め切り厳守をお願いします。

申込方法：件名を「スポーツ交流会参加」とし、申込期間内に①代表者氏名・連絡先（メールアドレス）

②チーム名③審判氏名④勤務先⑤参加者氏名（フリガナ）・職種・会員番号（佐賀県理学療法士会会員のみ記載）を記載の上メールにてお申し込み下さい。尚、病院単位でまとめて記載していただきますようお願い致します。

申し込み・問い合わせ先：

信愛整形外科医院 リハビリテーション部 田中智史

電話：0952（22）0843

申し込みEメール：sagapt\_fukuri@yahoo.co.jp