

平成30年11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。

秋の恒例行事となってきました!!スポーツ交流会(フットサル大会)を今年も開催したいと思います。佐賀県理学療法士会会員の皆様・職場の皆様で、気持ちのいい汗を流しませんか?

たくさんのお申し込み、お待ちしております(^^) /

敬具

記

日程：平成30年12月9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12時30分より 終了は16時頃予定となります。

※大会時間帯の詳細・組み合わせは、参加チームの把握後、ご連絡致します。

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(同施設で構成される他職種でも可)

参加条件：①同一施設内職種で構成されるチーム(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個人参加(多数の場合はMIXチーム編成)(少数の場合はどちらかに入って参加)

◎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：11月24日(土)13時迄(以降の申込は受付いたしません)

※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)・生年月日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