

沖縄県医療介護障がい合同運動会

参加企業条件

- 1チーム(1企業)最低10名 なお、20名以下ですと、他の企業と合同チームになる可能性があります。
- 同一店舗(企業)以外でのグループ参加も可能です。10名以下でも参加可能です。
- 担当者を1名選出してください。

参加申し込み用紙

FAX:098-988-3159

企業名

詳しく話を聞きたい

参加したい

※どちらかを○で囲んでください

参加予定人数

名

※確定人数は11月初旬に確認します。

担当者様

電話

メールアドレス

◆上記ご記入頂き、ご返送お願いいたします。

1次応募締め切り 10月30日(月)

※随時応募受付しております

TEL 098-988-3158

E-MAIL s.suzuki@edwardpencil.com

沖縄県医療介護障がい
合同運動会事務局

902-0067
沖縄県那覇市安里388-22
(株)エドワードペンシル内

担当
鈴木・島崎

沖縄県医療介護障がい合同運動会

参加企業条件

- 1チーム(1企業)最低10名 なお、20名以下ですと、他の企業と合同チームになる可能性があります。
- 同一店舗(企業)以外でのグループ参加も可能です。10名以下でも参加可能です。
- 担当者を1名選出してください。

参加申し込み用紙

FAX:098-988-3159

企業名

詳しく話を聞きたい

参加したい

※どちらかを○で囲んでください

参加予定人数

名

※確定人数は11月初旬に確認します。

担当者様

電話

メールアドレス

◆上記ご記入頂き、ご返送お願いいたします。

1次応募締め切り 10月30日(月)

※随時応募受付しております

TEL 098-988-3158

E-MAIL s.suzuki@edwardpencil.com

沖縄県医療介護障がい
合同運動会事務局

902-0067
沖縄県那覇市安里 388-22
(株)エドワードペンシル内

担当
鈴木・島崎