



よさこい祭り2024 細木病院グループ 踊り子募集!

高知の夏と言えば「よさこい祭り」。

令和6年、細木病院グループは4年ぶりに参加します。今年のテーマは「**和** ~地域とともにあなたとともにまごころを込めて」です。踊り子を大募集します!皆様、お誘いあわせの上、ぜひご参加ください。

開催日/令和6年8月10日(土)・11日(日)

参加費/20,000円(未就学児15,000円)

申込方法/所定の申込書に記載の上、細木病院人事総務課まで

問い合わせ先/細木病院 在宅部 090-6880-2502 (担当廣井)

2024年度 細木病院グループよさこい踊り子隊

参加募集要項

2024 テーマ 「 **和** 」

～ 病院の理念「患者さんから、地域からも、職員からも
“この病院でよかった”と心から思ってもらえる病院」のチームとして
ひとつにまとまり、よさこい節でお互いに響きあいましょ

応募条件

- 一、 **楽**しむことが『細木病院グループよさこい踊り子隊』の本分。上記のテーマと合わせ、チームの趣旨に賛同できること
- 二、 **笑**顔でルールを守り、チームの和を乱したり地域の方に迷惑を掛けたりしないよう、言動や行動に十分注意できること
- 三、 **喜**ばれ、みんなを元気づけられるような踊りができるよう、しっかりと練習を重ね、極力2日間(8月10日、11日)を通して参加できること

募集人数

80人程度。定員に達し次第応募を締め切ります
※詳しくはお問い合わせください（在宅部 090-6880-2502 (担当廣井)）

申込方法

『よさこい細木病院グループ 参加申込書』に必要事項を記入の上、
細木病院 人事総務課 までお申込みください

参加費用

踊り子おひとりにつき **大人 20,000 円、小学校未就学児 15,000 円**です。指定の口座へお振込みください(別紙の**参加費振込要領**を参照のこと)
※ 参加をキャンセルされた場合の返金は致しかねますので、ご容赦ください

注意事項

- ！ 練習時およびよさこい祭り本番は喫煙、泥酔状態になることは厳禁です。当チームへの参加を禁止する場合がありますのでご注意ください
- ！ 練習期間中およびよさこい祭り本番に発生した怪我や事故の責任は負いかねます。ただし、よさこい祭り本番では傷害保険に加入します
- ！ 練習期間中およびよさこい祭り本番に発生した紛失や盗難の責任は負いかねます。貴重品などは各自でしっかり管理してください
- ！ 練習期間中およびよさこい祭り本番では、チーム責任者の指示には従ってください。また、公序良俗、公共の利益に著しく反する行為があった場合は当チームへの参加を禁止する場合があります。

Topic

今回の楽曲は2019年度版をアップグレードしたものです
細木病院在宅部のYouTubeチャンネルでは作曲の依光輝久先生の許可を得てこの**2019年度版をテーマ曲として使用**しています (2024年度版も使用予定)

ご視聴、チャンネル登録をお願いいたします♪

ほそぎの在宅サービス
ニャンでも情報局





よさこい細木病院グループ 参加申込書

申込日 2024年 月 日

2024年度『細木病院グループ よさこい踊り子』募集要項を十分にご確認の上、下記の必要事項を記入してください。

ふりがな 氏名							(男・女)
生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)	
住所							
電話番号	-	-					
身長	cm						
衣装サイズ	LL	L	M	S	130	その他()	
～18歳未満の場合～ 参加に同意する保護者について、下記の項目をご記入ください。							
保護者氏名						印	続柄【 】
緊急連絡先	-	-					
当日の緊急連絡先への連絡には、可能な限り迅速に応じていただけますよう、お願いします。							
踊り子ではない保護者および同行される方 で、踊り子同様にバスの乗車、食事の用意を希望される場合は人数をご記入ください。ただし、数によっては十分に手配できない可能性もあります。 【 人】							
誓約書	わたしは、細木病院グループよさこい踊り子隊の一員として、2024年度『細木病院グループ よさこい踊り子』募集要項に定められた事項を遵守し、チーム責任者の指示、決定に従います。						
	署名					印	

原則として、参加を取りやめる場合の参加費の払い戻しはいたしません。

チーム責任者： 細木病院在宅部長 廣井 090-6880-2502

よさこい祭りへ参加される皆様へ

〒780-0926 高知市大膳町 1-25
社会医療法人仁生会細木病院在宅部
会計担当：在宅部事務
TEL088-871-5770

当院のよさこいチームにご参加いただきましてありがとうございます。参加費は、振込みとさせていただきます。お手数ではございますが、何卒ご理解ご協力の程、よろしくお願ひ申し上げます。つきましては、振込口座は下記のとおりとなっておりますのでよろしくお願ひいたします。

*参加費：お一人様 大人20,000円

小人15,000円

*振込期限：2024年7月16日（火）

銀行名	高知銀行
支店名	梅田橋支店
口座番号	0080592
口座名義	社会医療法人仁生会 理事長 細木秀美
フリガナ	イ) ジンセイカイ リジチョウ ホソギヒデミ

※振込名は、参加者の氏名でお振り込み下さい。

※振込名の前に「ヨサコイ」とつけて下さい。（例：ヨサコイ ヤマダハナコ）

（ヨサコイと振込名の間にスペースを入れて下さい）

※恐れ入りますが、振込手数料はご負担下さいますようお願いいたします。

※複数名の参加費を振込みされた場合は、別紙に必要事項をご記入いただき、

実行委員まで提出して下さい。