

# お知らせ

沖医協発第9号  
令和6年7月吉日

各位

沖縄県医師協同組合  
理事長 田名 毅  
(株) 沖医メディカルサポート  
代表取締役 田名 毅  
(公印省略)

## 第36回沖縄県医師会親善ゴルフ大会の開催について（ご案内）

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、みだしゴルフ大会を今年度は、別紙の実施要項により開催することになりました。

本大会は、日頃の地域保健・医療活動にご多忙な先生方の心身のリフレッシュと会員間の親睦を図ることを目的に開催いたしますので、ご参加下さいますようお願い申し上げます。

また、本大会につきましては、『全国医師ゴルフ選手権大会（チャンピオン戦）』への派遣選考会を兼ねておりますので、選考会へエントリーをご希望の方は、申込書の選考会欄へ「○印」をご記入の上、お申込みいただきますようお願い申し上げます。

**尚、選考会へエントリーされる方は、当方にて組合せを決定させていただきます。**

謹白

- コースの都合上、人数に制限があります。お申込みは先着順で締め切らせていただきますのでご了承ください（21組84名）。
- 当日、キャディ不足によりセルフプレイをお願いすることもあります。ご不便をおかけしますがご了承ください。
- お申込みは別紙申込用紙にて9月27日（金）迄にFAXにてお願い致します。
- 組み合わせ表の配布は、開催日の10日程前に郵送を予定しております。
- 急用等により欠席する場合は、必ずご連絡をお願いいたします。また、連絡無しに不参加の場合は、参加費を徴収する場合がありますので、ご了承ください。
- 全国医師ゴルフ選手権大会の開催日・開催地・競技方法につきましては、追ってご連絡いたします。当大会の派遣費用については当組合にて負担（当組合規定）します。

沖医メディカルサポート(仲宗根・久場)  
TEL：098-888-1241  
FAX：098-888-1242

第 36 回沖繩県医師会親善ゴルフ大会 実施要項

1. 開催日時 令和 6 年 11 月 4 日（月・文化の日の振替休日）  
 第 1 組目スタートは、午前 7 時 12 分を予定  
 ※各組スタートの 30 分前までにお集まりください。
  2. 場 所 琉球ゴルフ倶楽部  
 〒901-0608 南城市玉城字親慶原 1 番地 TEL : 098-948-2460
  3. コー ス ① 西→東コース（7 組）  
 ② 東→南コース（7 組）  
 ③ 南→西コース（7 組）
  4. 競技方法 ① 18 ホールストロークプレー  
 ② ハンデは『ダブルペリア方式』を採用  
 ③ その他のルールは、JGA ゴルフ競技規則及び琉球ゴルフ倶楽部の  
ローカルルールを適用します。選考会エントリー者も同様です。  
 ④ 一般の部【60 歳まで】・シニアの部【61 歳～70 歳】・グランドシニアの部【71 歳以上】に分けて表彰いたします  
 ⑤ コンテストホールは下記のとおり  
 西→東：ニアピン・西 3 東 4 ドラコン・西 9 東 9  
 東→南：ニアピン・東 4 南 2 ドラコン・東 9 南 9  
 南→西：ニアピン・南 2 西 3 ドラコン・南 9 西 9
- 留意事項
- 選考会にエントリーされる方は「同組・同コース」および「バックティーからのプレイ」となります。
  - また、ドラコン賞とニアピン賞は、ティーマークに関わらず、全プレーヤーは同じ条件で競います。
5. 参加費用 1 人 3,000 円（賞品代含む）  
※参加費はプレー代と一緒に支払ってください。
  6. プレー代 19,000 円（税込）
  7. そ の 他 ※当日は雨天決行  
※プレー終了後、コンペルームにおきまして表彰式を行う予定にしております。各賞景品を準備しております。  
 ※当日、体調不良、熱がある場合は、ご参加を控えてください。
  8. 申 込 先 沖医メディカルサポートへ別紙の申込書にてお申込みください。
  9. 主 催 沖繩県医師協同組合 TEL : 098-889-0081 FAX : 098-888-0629  
 沖医メディカルサポート TEL : 098-888-1241 FAX : 098-888-1242

お知らせ

(別紙)

沖医メディカルサポート 行  
FAX : 098-888-1242

第 36 回沖繩県医師会親善ゴルフ大会 参加申込書

日時:令和 6 年 11 月 4 日(月・文化の日の振替休日)

場所:琉球ゴルフ倶楽部

申込み日: \_\_\_\_\_

申込者氏名: \_\_\_\_\_

※グループでの申込みの場合、代表者名をご記入ください

携帯番号: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

※選考会へエントリーされる先生は、エントリーされない方と組むことはできません。

参加者氏名	当日連絡先 (携帯電話番号)	医療機関名	生年月日	H C	選考会
1					
2					
3					
4					

※申込み締切日:令和6年9月27日(金)迄

※申込み受付は先着順とし、定員(21組 84名)になり次第、締め切らせていただきますのでご了承ください