

平成 30 年 8 月 吉日

各位

一般社団法人日本ろうあ者卓球協会

理事長 藤川 太郎

(公印略)

第 41 回全国ろうあ者卓球選手権大会ユースの部予選会のご案内

拝 啓

日頃より、当会を応援していただき、誠にありがとうございます。

今年度より、中学 1 年生から高校 2 年生までを対象とした「全国ろうあ者卓球選手権大会ユースの部」の予選会を開催することになりました。

本大会は聾学校生徒のみならず、地域の学校の通常学級及び難聴学級に通っている生徒も対象ですので、身近に対象者がいる方は、ぜひ声をかけていただけるようご協力をお願いいたします。

敬 具

記

日 時 : 2018年10月20日(土) 9時～17時 (開会式9時30分～ 試合10時～)
10月21日(日) 9時～16時半 (試合10時～ 閉会式16時～)

会 場 : 横浜市立ろう特別支援学校 体育館
(神奈川県横浜市保土ヶ谷区常盤台81-1)

競技種目 : 男女別シングルス戦

参加資格 : ① 中学1年生から高校2年生までを対象とする
② 聴覚障害 両耳55デシベル以上であること
③ 公益財団法人日本卓球協会(中体連、高体連)の登録会員であること
④ 申込までに一般社団法人日本ろうあ者卓球協会の学生会員に加入すること

備 考 : ・ 男女とも上位10位までに、第41回全国ろうあ者卓球選手権大会(平成30年12月22日於:群馬県)ユースの部に参加できる資格が与えられます。
・ 第55回全国聾学校卓球大会(平成30年11月2日～4日於:青森県)の1部優勝者には(第41回全国ろうあ者卓球選手権大会の)ユースの部ではなく、一般の部への参加資格を与えられる予定です。

問合せ先 : 第41回全国ろうあ者卓球選手権大会実行委員会事務局
〒036-8222 青森県弘前市桜林町7-2 桜ハイツ2号館 102
FAX: 03-6732-3092 E-mail: jdtta@jdtta.com

※ 詳細は同封の予選会概要を参照ください。

※ 見学は自由(無料)ですので多くの方の応援をお待ちしております。

以上

第41回全国ろうあ者卓球選手権大会【ユースの部】予選会の開催要綱

1. 目的 聴覚障害者が卓球を通じて障害を克服するための強い意思と積極的な人生観の涵養、聴覚障害者へのスポーツの普及と参加者同士の交流、及び広く社会への聴覚障害者についての啓発を図ることを目的とする。
2. 主催 一般社団法人日本ろうあ者卓球協会
3. 主管 第41回全国ろうあ者卓球選手権大会実行委員会
4. 後援 (予定)
スポーツ庁、公益財団法人日本障害者スポーツ協会、日本パラリンピック委員会、公益財団法人日本卓球協会、一般財団法人全日本ろうあ連盟
5. 協力 神奈川県聴覚障害者連盟卓球部、東京都聴覚障害者連盟卓球部
6. 日程 2018年10月20日(土)9時～17時 (開会式9時30分～ 試合10時～)
10月21日(日)9時～16時半 (試合10時～ 閉会式16時～)
7. 会場 横浜市立ろう特別支援学校 体育館 (予定)
〒240-0067 神奈川県横浜市保土ヶ谷区常盤台81-1
8. 競技種目 ユースの部 シングルス戦 (男女別)
9. 参加資格
 - ・ 中学1年生から高校2年生までを対象とする
 - ・ 一般社団法人日本ろうあ者卓球協会の学生会員であること
 - ・ 公益財団法人日本卓球協会の登録会員であること
 - ・ 聴覚障害 両耳55デシベル以上であること
10. 試合方法 予選リーグ(3～4人)、及び決勝トーナメントとする
11. 競技規則 大会実施日における日本卓球協会ルール並びに本大会申し合わせ事項による
 - ① 11点5ゲームマッチとする
 - ② 試合中の補聴器着用は認めないものとする
 - ③ カットマン同士の試合は最初から促進ルールを適用する
12. 使用球 日本卓球協会公認球 (ニッタク+40)
13. 表彰 10位までにランキング大会参加資格証を授与する
※第41回全国ろうあ者卓球選手権大会ユースの部に参加できる資格を与える。
14. 参加料 2,000円
15. 申込方法 必要な費用を「17. 振込先」の口座に振り込んだ後、申込用紙に必要事項を記入して郵送もしくはFAXで「18. 問合せ先」の実行委員会事務局宛までお申込みください。
16. 申込締切日 2018年9月28日(金) (必着)
※当日消印有効。間に合わなければ受付しない。
17. 振込先 ゆうちょ銀行 店名 ○三八(店番038)普通 6411506
シャ)ニホンロウアシャタツキユウキョウカイ
※一旦納入した参加料は大会参加申込締切日以後、理由の如何にかかわらず返金しないものとする。
18. 問合せ先 第41回全国ろうあ者卓球選手権大会実行委員会事務局
〒036-8222 青森県弘前市桜林町7-2 桜ハイツ2号館 102
一般社団法人日本ろうあ者卓球協会事務局
FAX: 03-6732-3092

19. 注 意 事 項
- (1) 参加申し込む前に、必ず学校の校長先生、顧問の先生の許可をもらってください。
 - (2) 競技服装は日本卓球協会ルール通り、必ずきちんとすること。
 - (3) 競技ルールを守らない人は、失格となります。
 - (4) 時間はきちんと守ってください。
 - (5) 日本卓球協会のゼッケンを着用してください。
 - (6) ベンチコーチは事前に登録した者のみとします。
 - (7) ベンチコーチの登録は選手1名につき、2名までとします。
 - (8) 大会期間中の肖像権は当協会に帰属し、各メディアで使用させていただきます。
 - (9) 宿泊は各自手配して下さい。
 - (10) 昼食は各自持参して下さい。
 - (11) 同行される保護者は選考会保護者承諾書の緊急連絡先①②を必ず記入するようお願いいたします。
 - (12) 必ず健康保険証を持参して下さい。
 - (13) 事故・怪我（痙攣・肉離れ等）防止のため、体力強化に励み、体調を十分整えておいてください。
 - (14) 学校施設について許可されていない施設、及び教室に勝手に入らないで下さい。

以上

第41回全国ろうあ者卓球選手権大会ユースの部予選会参加申込書

		申込日	2018年	月	日
ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名			生年月日	西暦	年 月 日
住所	〒				
	FAX	-	-	E-mail	
所属(学校)	都道府県名: _____ 学年: _____年				
障害名	左: デジベル 右: デジベル				
主な戦歴					※組み合わせの参考とさせていただきます。
ベンチコーチ名 (複数人可)					※当日ベンチコーチに入る方の登録をお願いします。
<p>下記にチェックをお願いします</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、参加代:2000円を__月__日に、振り込みました。</p> <p><input type="checkbox"/> 「保護者同意書」と「選手健康カード」も申込書と一緒に送ります。</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、参加にあたって、学校長及び卓球部顧問の了承を得ています。</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、公益財団法人日本卓球協会(中体連、高体連)に加盟しています。 (所属都道府県名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、一般社団法人日本ろうあ者卓球協会学生会員です。</p>					
通信欄					

※申込締切日:2018年9月28日(必着) ※当日消印有効)

一般社団法人日本ろうあ者卓球協会

理事長 藤川 太郎 殿

保護者承諾書

私は、貴協会の活動趣旨に賛同し、第 41 回全国ろうあ者卓球選手権大会ユースの部予選会に、下記の者を参加させることを承諾いたします。

また偶発的な事故または怪我が発生した場合において、貴協会に対して何ら責任を問いません。

平成____年____月____日

参加者氏名 : _____

保護者住所 : 〒 _____

保護者署名 : _____ 印

保護者連絡先 :

(FAX) _____

(E-mail) _____

(緊急連絡先①) 携帯電話 - - (本人との関係: _____)

(緊急連絡先②) 携帯電話 - - (本人との関係: _____)

※緊急連絡先①が繋がらない場合のために、緊急連絡先②にも記載をお願い致します。

選手健康カード

(未成年者用)

※このカードの内容は当協会主催の合宿、大会等の緊急時対応のみに使用いたします。

ふりがな (名前)	生年月日	年 月 日 才 男・女	血液型	
住所 〒 -	自宅 TEL: - - FAX: - -			
健康保険証(種類)	(記号)	(番号)		
発行機関(保険番号)	(名称)			
①緊急連絡先 (本人との関係:) 氏名:	携帯電話(SNS) - -	LINE ID :		
②緊急連絡先 (本人との関係:) 氏名:	携帯電話(SNS) - -	LINE ID :		
顧問先生 氏名:	携帯電話(SNS) - -	LINE ID :		
所属(学校名)	(所属・学校連絡先) 電話 - -			
病院名	(連絡先) 電話 - -			
(持病名及び年齢)				
(現在の状況)				
①食物アレルギー	なし ・ あり	(食品名:)		
②薬の副作用	なし ・ あり	(薬品名:)		
③注射の副作用	なし ・ あり	()		
④皮膚の症状	なし ・ あり	()		
④花粉症	なし ・ あり	()		
⑤その他	なし ・ あり	()		
服用している薬品名				
症 状				

※①緊急連絡先が繋がらない場合のために、②緊急連絡先にも記載をお願い致します。

※年間1回のみ、ご提出ください。