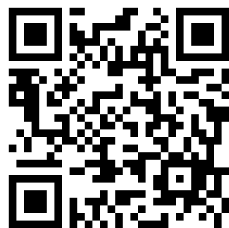


2023（第3回）九州知的障がい者卓球大会実施要項

趣 旨	九州における知的障がい者の卓球競技の普及・促進及び技術の向上を目指すことや日頃の卓球活動の成果をためすことを目的に開催します。
主 催	九州知的障害者スポーツ連盟・障がい者スポーツ指導者協議会九州ブロック
主 管	福岡障害者スポーツ指導者協議会
協力(予定)	福岡県卓球協会・福岡市卓球協会・福岡市主婦卓球愛好会・H. S. S会 一般社団法人福岡県障がい者スポーツ協会・北九州市障害者スポーツ協会 福岡市障がい者スポーツ協会・福岡市立障がい者スポーツセンター
協賛(予定)	株式会社タマス
日 時	令和5年3月21日（祝火） 9時40分～16時 受付開始 9時10分～9時40分 <u>※入館できるのは9時からです</u> 開会式 9時40分～ 競技開始 10時～
対 象	知的障がい者（小学5年生以上）
場 所	福岡市立障がい者スポーツセンター 福岡市南区清水1-17-15 電話092-511-1132
種 目	個人戦 A・B・Cクラス 各男女別とする。 クラスに関しては、Aクラスを上級者、Bクラスを中級者、Cクラスを初級者程度とする。 また、対象クラスは自己申告とし、主催者側がクラスの変更を必要と判断した場合や申込状況により、変更することもある。
競技規則	令和4年度（公財）日本パラスポーツ協会編全国障害者スポーツ大会競技規則及び大会申し合せ事項による。
参加料	1000円（九州知的障害者スポーツ連盟登録費を含む）
表 彰	各クラスの1～3位までを表彰する
参加申込	○申込方法：所定の申込み用紙で下記の申込先に、郵送またはFAXでお申込みください。 FAXでの申込みの場合は送付日後、 <u>必ず電話での確認をお願いします。</u> または、下記URLかQRコードよりお申込みください。 【個人用】 https://forms.gle/Si9p3gN8e8kG4iU86 【団体用】 https://forms.gle/TWX32Qr9CcK1zPd47



○申込締切：令和5年2月26日（日）必着

○申込・問合せ先 九州知的障害者スポーツ連盟（担当：福田）

〒815-0031 福岡市南区清水1-17-15

TEL 080-3223-3177（火～金 13時～18時） FAX 092-303-8727

裏面に続く

注意事項

- ①競技のできる服装（ユニホーム）と運動靴（上履き）でご参加ください。
- ②競技場内はボールと同じ白い服の着用ができませんのでその他の色を着用下さい。
- ③ゼッケンは各自で用意し、ユニホームの背中に貼り付けてください。
（例）＊大きさは、A 4 サイズ程度（30cm×21cm 程度）
＊布地の色は白色
＊地域（所属）及び氏名を記入

福 岡 県
清 水

その他

- 新型コロナウイルス感染防止の観点から、体調チェックシートを大会当日受付時にご提出ください。また、感染拡大状況によっては大会を中止する場合があります。
中止する場合は速やかに参加選手全員に連絡します。（開催判断日予定 3月9日）
- 大会当日、新聞・テレビ等の報道機関の取材により、氏名・大会の様子や写真・記録等が報道されることや九州知的障害者スポーツ連盟・福岡障害者スポーツ指導者協議会関係の報告書、ホームページ等に参加者の氏名・所属・障がい区分・結果・写真等を掲載されることを了承の上、お申込みください。
- 駐車場に限りがありますので公共の交通機関をご利用ください。

2023九州知的障がい者卓球大会 申込み用紙

個人用

ふりがな		年 齢	性 別	備 考
氏 名		才	男・女	
所 属		ク ラ ス	A・B・C	
住 所	〒 電 話 ()			
保護者氏名	印			

※ Aクラスを上級者、Bクラスを中級者、Cクラスを初級者程度とする。

※ 保護者の方は、保護者氏名欄に署名と押印をお願いします（保護者承諾確認の為）

※ 過去2年間に出場した大会名、入賞記録などを備考欄へご記入ください

2023九州知的障がい者卓球大会 申込み用紙

団体(複数)用

団 体 名					
代表者氏名					
代 表 者 連 絡 先	〒 電 話 ()				
No.	氏 名	ク ラ ス	性 別	年 齢	備 考
1	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
2	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
3	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
4	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
5	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
6	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
7	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
8	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
9	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
10	ふりがな	A・B・C	男・女	才	
そ の 他					

※ Aクラスを上級者、Bクラスを中級者、Cクラスを初級者程度とする。

※ 過去2年間に出場した大会名、入賞記録などを備考欄へご記入ください

【事業名】2023(第3回)九州知的障がい者卓球大会

【期 日】令和5年3月21日(祝火)

体調チェックシート

氏名 _____ 電話番号 _____

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、体調チェックシートのご記入をお願いいたします。
本シートをご記入のうえ、当日、受付時に必ずご提出ください。

(1)下記の質問について、「はい」か「いいえ」にチェックをしてください。

「はい」のある方、当日体調に不安がある方は参加をお控えください。

主催者チェック欄

質 問	回 答
平熱を超える発熱(37.5℃以上)はありますか。 【大会当日体温 ℃】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
咳やのどの痛み、頭痛や吐き気はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体のだるさ、息苦しさはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
嗅覚や味覚の異常はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
直近7日以内に、発熱等上記症状はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
直近7日以内に、同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
直近7日以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(2)その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。 主催者チェック欄

記入内容は本大会のみにおいて活用いたします。(書類は1ヶ月保管した後、破棄いたします)。

万一の場合、行政機関等へ提出し情報提供することを予めご了承ください。

ご協力ありがとうございました。

九州知的障がい者スポーツ連盟