

第10回 鳩ヶ谷卓球大会（男・女複、混合複）開催について

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、標記大会を下記の要項により開催しますので、奮ってご参加くださる様
ご案内いたします。

尚、新型コロナウイルス(オミクロン株)の感染状況により、大会開催の有無は随時
川口市卓球連盟ホームページに掲載いたしますので、ご確認の上申込んで下さい。

記

1. 主 催 川 口 市 卓 球 連 盟
2. 後 援 日 本 卓 球 株 式 会 社
3. 期 日 令和5年2月26日(日) 午前9時開館（終了:午後4時30分）
4. 会 場 川口市立鳩ヶ谷スポーツセンター
川口市三ツ和3-21-1（ブルドックソース工場前） TEL 048-283-1381
5. 種 目 1)混合ダブルス *女性ペア可 *年上の組が年下の部に出場可
①一般の部 ②ベテランの部(二人合せて120才以上)
2)男女別ダブルス
①一般男子の部 ②ベテラン男子の部(二人合せて120才以上)
③一般女子の部 ④ベテラン女子の部(二人合せて120才以上)
注1)一人2種目以内 注2)年齢算出は、令和5年4月1日現在の年齢とする。
6. 資 格 連盟加盟者、市内在住、在勤、在学者 *市内中学校は加盟扱いとする。
*混成チーム可（但し加盟チームより出場）
7. 試 合 方 法 予選リーグ～順位トーナメント（参加数により変更あり）
8. 競技ルール 現行の日本卓球ルールによる。
9. 入 賞 各種目3位まで（参加数により変更あり）
10. 参 加 料 1組 2,000円、高校生 1,600円、中学生以下 1,200円
11. 使 用 球 日本卓球協会公認プラスチックボール(ニッタク)
12. 申込み方法 申込み用紙に必要事項を記入し、参加料を添えて現金書留にて
郵送するか又は、参加料を添えて申し込んで下さい。
〒334-0003 川口市坂下町2-7-13
秋草 延夫 宛 TEL 048-283-1172
13. 申込み締切 令和5年1月16日(月)～1月25日(水)まで期間内必着のこと。
尚、一度納入された参加料はご返着できませんのでご承知下さい。
電話及びFAX等での申込みは受付けません。
14. その他 *駐車場は、神社内と体育館横(公園との間)にあります。
車で来場される方はチーム相乗りでお願いします。
駐車券は、必ずフロントガラスから見える場所に置いて下さい。

第10回 鳩ヶ谷卓球大会（ダブルス戦）申込用紙

チーム名	〒	住 所	
		電 話	()
申込責任者		携 帯	

チーム名		
種 目	男子ダブルス 一般の部	
No.	選 手 名	年 齢
1		
2		
3		

チーム名		
種 目	男子ダブルス ベテランの部	
No.	選 手 名	年 齢
1		
2		
3		

チーム名		
種 目	女子ダブルス 一般の部	
No.	選 手 名	年 齢
1		
2		
3		

チーム名		
種 目	女子ダブルス ベテランの部	
No.	選 手 名	年 齢
1		
2		
3		

チーム名		
種 目	混合ダブルス 一般の部	
No.	選 手 名	年 齢
1		
2		
3		

チーム名		
種 目	混合ダブルス ベテランの部	
No.	選 手 名	年 齢
1		
2		
3		

参加料 2,000円 × チーム = 円
 1,600円 × チーム = 円
 1,200円 × チーム = 円
 合 計 円 を添えて申込みます。

1. 領収書 要・不 どちらかに○印を付けて下さい。
2. 月 日の大会に申込みます。 申込み日 月 日
3. 駐車券は、必ずフロントガラスから見える場所に置いてください。

駐車予定台数 台

年 月 日

大会参加者健康状態申告書

連盟会員各位

連絡先及び健康状態申告のお願い

川口市卓球連盟

新型コロナウイルスの流行予防のため今大会参加にあたって以下の情報提供をお願いいたします。ご記入の上大会当日持参し、受付にご提出ください。なお、提出された個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。

氏名：	年齢：	歳	※保護者氏名：	印
所属（チーム名）：				
連絡先（電話番号）：				
大会当日の体温（ ）℃				
大会前日から10日間以内における以下の事項の有無				
・平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	☐	あり	☐	なし
・咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	☐	あり	☐	なし
・だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	☐	あり	☐	なし
・臭覚や味覚の異常	☐	あり	☐	なし
・体が重く感じる、疲れやすい等	☐	あり	☐	なし
・新型コロナウイルスの感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無	☐	あり	☐	なし
・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	☐	あり	☐	なし
・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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	☐	あり	☐	なし
・ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入 ※ 年 月 日	☐	あり	☐	なし

※ 高校生以下の方は、保護者の署名・捺印の上ご提出ください。