

各中学校長 様
卓球部顧問 様

令和6年4月
川口市卓球連盟

前期「市内カデット交流強化会」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、標記交流強化会を下記の要項により開催しますので、奮ってご参加下さる様
ご案内いたします。

記

1. 主 催 川口市卓球連盟
2. 主 管 川口市中学校体育連盟 卓球専門部
3. 期 日 **令和6年4月21日(日)** 午前8時45分開館、9時15分開始
*8時45分前の入場は出来ませんのでご承知下さい。
4. 会 場 川口市立東スポーツセンター
川口市東領家2-27-1
5. 種 目 男女団体戦 (4単・1複)
6. 資 格 市内中学3年生以下
各学校 男女2チームまで
7. 試合方法 イ)参加数により決定
ロ)チーム編成は6~8名 (5名でのエントリーは出来ません)
8. 競技ルール 現行の日本卓球ルールによる。
9. 参加料 **無 料**
10. 使用球 日本卓球協会公認「ニッタクプラ3スタープレミアムクリーン」(ホワイト)とする。
11. 申込み方法 申込み用紙に必要事項を記入し、下記へFAXする。
川口市立在家中学校 前田 順一郎 宛
FAX 048-295-5661
***問合せ 電話 048-295-4102**
12. 申込み締切 **令和6年4月1日(月)~4月10日(水)まで期間内必着のこと。**
13. その他 賞状は1~3位 まで準備いたします。

前期「市内カデット交流強化会」申込用紙

*記入上の注意 選手名簿として使用しますので黒ペン楷書で記入して下さい。

学校名	中学校	〒	住所	
			学校電話	()
顧問名	携帯			

団体名	男子(A)
監督名	
選手名	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	

団体名	女子(A)
監督名	
選手名	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	

団体名	男子(B)
監督名	
選手名	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	

団体名	女子(B)
監督名	
選手名	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	

注)5名でのエントリーはできませんので注意して下さい。

4月16日の市内カデット交流強化会に申込みます。 *申込み日 月 日