

令和5年度 前期レディース大会開催について

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。

なお、新型コロナウイルスの感染状況により、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。
※新型コロナウイルスの流行予防のため、健康状態申告書に記入の上、当日持参し
受付に提出して下さい。

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5月13日(土) 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 S、X、A、B、C、D、E、F、G 各ランク別のシングルス
6. 資 格 連盟加盟者(30才以上のレディース)
7. 試 合 方 法 Sランクを除き、X～Gランクまで16名4ブロック制で、Gランクは選手数
により異なる。
第一ステージは予選リーグ、第二ステージは順位リーグ戦で行う。
従来通り各ランク、上位4名は昇格、下位4名は降格する。
8. 競技ルール 現行の日本卓球ルールによる。
9. 入 賞 各ランク共 1位リーグの3位まで(下位リーグの賞品はありません)
10. 参 加 料 1人 800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
下記の場所に郵送する。
〒332-0032 川口市中青木3-16-23 川口卓球ジム内
川口市卓球連盟「前期レディース大会」宛
13. 申込み締切 令和5年4月10日(月)～4月19日(水)まで期間内必着のこと。
特例:直接川口卓球ジムにて役員が受付けます。
4月20日(木)午前10時～12時(時間厳守)
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 ***駐車場に限りがありますので、公共の交通手段で来場下さい。**
車については、規制させて頂くことがございますので
可能な限り有料駐車場をご利用下さい。

前期 レディース大会 申込み用紙

- *記入上の注意 ①選手名簿として使用しますので、必ずチーム名とフルネームを黒ペン楷書にて申告ランクを記入して下さい。又、決定欄には記入しないで下さい。
②用紙不足の場合は同様式をコピーし作成して下さい。

チーム名 _____ 〒 _____ 住 所 _____
電 話 () _____
申込責任者 _____ 携 帯 _____

注)チーム名は各欄に記入して下さい。(〃は不可)

No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
1					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
2					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
3					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
4					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
5					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
6					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
7					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
8					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
9					
No.	チーム名	選 手 名	ランク	決 定	備考欄
10					

参加料 800円 × 名 = 円を添えて申し込みます。

*領収書 要・不 どちらかに○印を付けて下さい。

月 日の大会に申し込みます。 申込み日 月 日

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。