

前期 総合団体戦（女子）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 27 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 芝 ス ポ ー ツ セ ン タ ー
川 口 市 芝 高 木 2 - 12 - 52
5. 種 目 団 体 戦 (4 単 ・ 1 複)
チ ー ム 編 成 は 4 ～ 6 名 と す る 。 (3 名 で の エ ン ト リ ー は 出 来 ま せ ン)
6. 資 格 連 盟 加 盟 チ ー ム (市 内 中 学 校 以 下 は 加 盟 扱 い と す る)
7. 試 合 方 法 ラ ン ク 別 の リ ー グ 戦 (4 ～ 5 チ ー ム の 総 当 た り 戦)
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 1 位 の み (賞 品 は 5 名 分 と す る)
10. 参 加 料 1 チ ー ム に つ き 4, 000 円
高 校 生 3, 000 円
中 学 生 以 下 2, 000 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 団 体 戦 (女 子) 」 宛
13. 申 込 み 締 切 令 和 5 年 4 月 17 日 (月) ～ 26 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 27 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 F A X 等 で の 申 込 み は 受 付 け ま せ ン 。
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 き ま す が 、 可 能 な 限 り 有 料 駐 車 場 を
ご 利 用 下 さ い 。

前期「総合団体戦」 女子 申込用紙

*記入上の注意 ①選手名簿に使用しますのでフルネームで黒ペン楷書にて記入して下さい。

②複数参加の場合は、団体名の後に A、B、C 等を記入して下さい。

チーム名 _____ 〒 _____ 住 所 _____

電 話 ()

申込責任者 _____ 携 帯 _____

団体名	(A)
選手名	
//	
//	
//	
//	
//	

団体名	(D)
選手名	
//	
//	
//	
//	
//	

団体名	(B)
選手名	
//	
//	
//	
//	
//	

団体名	(E)
選手名	
//	
//	
//	
//	
//	

団体名	(C)
選手名	
//	
//	
//	
//	
//	

団体名	(F)
選手名	
//	
//	
//	
//	
//	

参加料 4, 000円 × チーム = 円
 3, 000円 × チーム = 円
 2, 000円 × チーム = 円

合 計 _____ 円 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

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。