

## 第25回 ジュニアオープン個人戦(男女) 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6月10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 男子単、女子単 1チーム男女別16名まで
6. 資 格 オープン (高校生以下)
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 男女共 3位まで
10. 参 加 料 ① 高校生 1名 600円  
② 小・中学生 1名 500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「ジュニアオープン個人戦」宛
13. 申込み締切 令和5年5月8日(月)～17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。  
5月13日(土)午後6時～8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、台数を規制させていただきますが、可能な限り  
有料駐車場をご利用下さい。

# ジュニアオープン個人戦 申込用紙

\*記入上の注意 ①記入は黒ペンで強者順にフルネームで記入して下さい。

②全国・県・市オープン大会等の大会で上位入賞の方は「大会実績」欄に  
大会名、成績をご記入下さい。

学校(クラブ)名 〒 住 所

電 話 ( )

顧問名 携 帯

| 男 子 シングルス |       |         |
|-----------|-------|---------|
| チーム名      |       |         |
| No.       | 選 手 名 | 大 会 実 績 |
| 1         |       |         |
| 2         |       |         |
| 3         |       |         |
| 4         |       |         |
| 5         |       |         |
| 6         |       |         |
| 7         |       |         |
| 8         |       |         |
| 9         |       |         |
| 10        |       |         |
| 11        |       |         |
| 12        |       |         |
| 13        |       |         |
| 14        |       |         |
| 15        |       |         |
| 16        |       |         |

| 女 子 シングルス |       |         |
|-----------|-------|---------|
| チーム名      |       |         |
| No.       | 選 手 名 | 大 会 実 績 |
| 1         |       |         |
| 2         |       |         |
| 3         |       |         |
| 4         |       |         |
| 5         |       |         |
| 6         |       |         |
| 7         |       |         |
| 8         |       |         |
| 9         |       |         |
| 10        |       |         |
| 11        |       |         |
| 12        |       |         |
| 13        |       |         |
| 14        |       |         |
| 15        |       |         |
| 16        |       |         |

参加料 600円 × チーム = 円  
 500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

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）                            | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状                               | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）                              | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・臭覚や味覚の異常                                         | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・体が重く感じる、疲れやすい等                                   | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 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                    | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生                           | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 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<br>※ 年 月 日    | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 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。