

各 位

令和5年3月

川口市卓球連盟会長 長谷川 久雄

第48回 キューポラ杯卓球大会 開催について

(ホープス以下の部)

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7月9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 川口市立戸塚スポーツセンター
川口市戸塚南3-22-1
5. 種 目 ①ホープス男子(小学6年以下) ②ホープス女子(小学6年以下)
③カブ男子 (小学4年以下) ④カブ女子 (小学4年以下)
⑤バンビ男子 (小学2年以下) ⑥バンビ女子 (小学2年以下)
尚、バンビの卓球台は一般用を使用します。
6. 資 格 オープン (1人1種目)
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(下位トーナメントの賞品はありません)
10. 参 加 料 1人 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「キューポラ杯ホープスの部」宛
13. 申込み締切 令和5年6月5日(月)～14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等での申込みは受け付けません。
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。

キューポラ杯大会 申込用紙 (ホープス以下)

- * 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各種目毎にチーム名を記入して下さい。
③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

ホープス 男 子		
チーム名		
No.	選 手 名	大 会 実 績
1		
2		
3		
4		
5		
カ ブ 男 子		
チーム名		
No.	選 手 名	大 会 実 績
1		
2		
3		
4		
5		
バンビ 男 子		
チーム名		
No.	選 手 名	大 会 実 績
1		
2		
3		
4		
5		

ホープス 女 子		
チーム名		
No.	選 手 名	大 会 実 績
1		
2		
3		
4		
5		
カ ブ 女 子		
チーム名		
No.	選 手 名	大 会 実 績
1		
2		
3		
4		
5		
バンビ 女 子		
チーム名		
No.	選 手 名	大 会 実 績
1		
2		
3		
4		
5		

参加料 500円 × 名 = 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）	☐	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。