

各 位

令和4年3月

川口市卓球連盟会長 長谷川 久雄

第12回 レディースオープン卓球大会 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。

尚、新型コロナウイルス(オミクロン株)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。

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4年11月13日(日)** 午前8時45分開館、9時15分開始
*8時45分前の上場は出来ませんのでご承知下さい。
4. 会 場 川口市立体育武道センター
川口市西青木5-3-4
5. 種 目 ①109才以下
②110～119才
③120～129才
④130才以上
二人合わせて *年齢算出は令和5年4月1日現在の年齢とする。
6. 資 格 **オープン (30才以上のレディース)**
7. 試 合 方 法 リーグ戦 ～ 順位トーナメント戦 (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 各種目 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組 加盟者 1,800円 未加盟者 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「レディースオープンダブルス」宛
13. 申込み締切 **令和4年10月10日(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。
10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。**
**車は、規制させて頂きますが、可能な限り青木町公園内の
有料駐車場をご利用下さい。**

第12回 レディースオープンダブルス大会 申込用紙

* 記入上の注意 ①黒ペン楷書にて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用意不足の場合は同様式(コピー)を作成して下さい。

チーム名 _____ 〒 _____ 住所 _____

電話 () _____

申込責任者 _____ 携帯 _____

109才以下		
チーム名		
No.	選手名	年齢
1	
2	
3	

110～119才		
チーム名		
No.	選手名	年齢
1	
2	
3	

120～129才		
チーム名		
No.	選手名	年齢
1	
2	
3	

130才以上		
チーム名		
No.	選手名	年齢
1	
2	
3	

参加料 1,800円(加盟者) × 組 = 円

2,000円(未加盟者) × 組 = 円

合計 _____ 円 を添えて申込みます。

1. 領収書 要・不 どちらかに○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：	⑧	
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 ※ 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。