

障がい者スポーツ選手掘り起こし事業実施要項

【卓球競技】

1. 目的 障がい者卓球競技の有望選手を掘り起こし育成するために、卓球教室と交流試合を開催し、幅広く障がい者スポーツ選手に卓球競技への興味・関心を高めさせ、障がい者卓球競技の発展を図ることを目的とする。
2. 主催 (一社)千葉県障がい者スポーツ協会
3. 主管 千葉県障がい者卓球協会
4. 実施日 平成28年12月11日(日)
(タイムスケジュール)
受付開始：9時45分
開会式：10時20分
卓球教室：10時30分～12時00分
昼食休憩：12時00分～12時45分
交流試合：12時45分～15時15分
表彰式：15時15分～15時30分
閉会式：15時30分
5. 場所 千葉県総合スポーツセンター体育館
〒263-0011 千葉市稲毛区天台町323 TEL 043-290-8501
6. 内容 卓球競技の体験をゲーム等を取り入れて行う。
上級者には技術指導と試合戦術の指導を行い、後半は交流試合を行う。
講師：石川貴陽
指導員：全国障害者スポーツ大会千葉県選手団監督コーチ等計5名
7. 参加費 無料
8. 募集人数 50名程度
9. 申し込み 別紙申込書に必要事項を記入し12月3日(土)までに下記連絡先事務局までFaxあるいはメールにて申し込むこと。
10. 参加対象者 中学生以上で、千葉県内に居住する卓球競技に興味を持つ障がい者やその指導者(卓球未経験者を含む)であれば特に制限は設けない。
11. 昼食保険 昼食は当協会が用意します。保険は当協会が団体保険に加入します。
12. その他 申込者多数で参加予定人数100名を超える場合は、申し込み先着順に受け付けることとし、予定人数以降の方は参加をお断りすることがあります。
13. 連絡先 千葉県障がい者卓球協会 事務局
〒270-2225 千葉県松戸市東松戸3-14-8 石川方
電話&Fax 047-705-4223
Eメール chibadtt@yahoo.co.jp

卓球競技掘り起し事業
千葉県障がい者卓球教室・交流試合参加申込書

参加者名				所属先名			
生年月日	西暦 年 月 日 才 (男・女)	該当に ○		知的障がい 身体障がい 県代表選手 指導	特記事項	*何かある場合	
自宅住所	〒 _____ 電話 _____ () _____ fax _____ () _____						
勤務先住所	〒 _____ 電話 _____ () _____ fax _____ () _____						
連絡先に○	<p>*当協会から連絡する場合下記のいずれですか？</p> <p>自宅・勤務先・それ以外</p> <p>注1 いずれかに○をつけてください。</p> <p>注2 それ以外に○をつけた方は右欄に記入下さい。</p>				<p>連絡先名 _____</p> <p>電 話 _____ () _____</p> <p>f a x _____ () _____</p>		
※教室で勉強したいこと、日ごろのスポーツ支援での疑問、意見等があればご自由にお書き下さい。できる限り教室でお答えします。							

申込書及び同意書

平成 年 月 日

千葉県障がい者卓球協会会長 殿

私は、上記申込書にて申し込みます。申込にあたって、私の個人情報のうち、本事業教室開催にあたって氏名及び所属先の公表、傷害保険加入に使用するために必要な情報の使用に同意するとともに、マスコミ取材に応じることに同意します。また（社）千葉県障がい者スポーツ協会及び千葉県障がい者卓球協会HPへの本事業時の写真の提供について同意します。

申込者名 _____ 印