

第45回全国レディース卓球大会 県予選会要項

(一社) 神奈川県卓球協会

日 時	令和4年5月21日(土)(団体戦) 集合9時、競技開始9時30分 令和4年5月28日(土)(ダブルス戦)
会 場	座間市立市民体育館(大体育室1/3) Tel. 0462-55-0077 小田急小田原線相武台前駅下車、徒歩5分
主 催 主 管	(一社) 神奈川県卓球協会 (一社) 神奈川県卓球協会レディース部
後 援	座間市卓球協会
種 目	■団体戦(4単1複) ※県代表は 1チーム オーダー順序 ①S 60歳以上 ②S 50歳以上 ③W 30歳以上 ④S 40歳以上 ⑤S 30歳以上 *年長者は若いクラスに出場可 *SとWの重複出場は不可 *監督のみでコーチがいないチーム編成も認める。 ■個人戦(ダブルス) 年齢別ダブルス ※県代表 A、B、C、D各 1組 2名の合計年齢 (A) 60~109歳、(B) 110~125歳 (C) 126歳以上 (D) 140歳以上(各々の年齢が70歳以上であること) *予選会には団体・ダブルスの両種目に出場できるが、本大会は1種目とする。
参加資格	1. 神奈川県内に令和4年4月1日から引き続き居住(住民登録)し、令和4年度当協会加盟員、且つ日本卓球協会選手登録者であること。 <u>4月19日までに選手は選手登録、監督・コーチは役員登録を完了のこと。</u> <u>(注…登録完了とは、登録料の払込をもって完了となるので、ご注意ください。)</u> 2. 令和5年4月1日までに30歳以上で各試合の該当年齢に達していること。 3. 団体戦メンバーは令和4年4月1日から同一クラブに所属していること。 4. 監督・コーチは、必ず役職者章を県予選会時に腕に付けること。 5. 1つのクラブで2以上エントリーの場合、1人の監督が全ての監督を兼ねてもよい。但し、監督がベンチにいない場合、監督の権限行使はできない。(抗議権、タイムアウトの要求など。) 6. ダブルスは県内の他クラブの者と組むことができる。 7. 団体戦及び個人戦の代表となった選手(推薦を含む)は、同年度の全日本クラブ選手権大会に重複出場することはできない。(但し、予選会は除く。) 8. 外国籍の選手は、団体戦においては各試合で1名、単複いずれかに出場できる。参加申込みは2名まで可。個人戦においては、ペアーの内、1名のみとする。
競技ルール	現行の日本卓球ルールを適用する。(但し、タイムアウト制は適用しない。)
使用球	公認プラスチック球：ニッタク40mmホワイトのみを使用する。
参加料	1チーム5,000円、ダブルス1組1,500円 *試合当日、会場でお支払い下さい。
申込方法	別紙参加申込書に所定事項を記入し各支部単位で下記宛て申し込むこと
申 込 先	〒252-1106 綾瀬市深谷南3-2-29 中山 美江子 tel.fax 0467-76-3253
申込締切	令和4年4月20日(火)必着。
そ の 他	病気、事故に備えて、各自健康保険証を持参してください。けが等の場合には、可能な応急処置はしますが、各自の責任に帰することとします。選手の健康管理は本人の責任とします。健康診断などを事前に受けることが望ましいです。

全国大会	令和4年8月26日(金)～28日(日)
会場	山口県防府市ソルトアリーナ防府
参加料	団体戦 20,000円、ダブルス 4,000円
推薦出場	無し

大会参加申込みにあたっての留意事項

- ① 大会参加申込者は、別紙「大会参加申込にあたっての留意事項」を熟読のうえ必ず守ってください。
- ② 大会参加者は、別紙「大会参加者健康状態申告書」に記入のうえ、大会当日持参し全員受付に提出してください。提出がない場合は、試合参加はできません。
「大会参加者健康状態申告書」は、県卓球協会HPからダウンロードできます。
- ③ 無観客試合のため、応援の方の入場は、できません。
- ④ 大会中止・日程・入場制限等変更の場合は、神奈川県卓球協会HPに掲載いたします。

令和 年 月 日

大会参加者各位

大会参加申込にあたっての留意事項

(一社) 神奈川県卓球協会

平素より、神奈川県卓球協会の事業に対して、ご理解、ご協力を頂き誠にありがとうございます。新型コロナウイルスは未だに収束の見通しがつきませんが、感染予防対策を実施し、大会を開催してまいります。

参加者の皆様には、以下の項目についてご理解、ご協力を頂きたく、お願い致します。

1. 大会前2週間以内で以下に該当する方は、参加をお見合わせ下さい。

- 平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）がある
- 風邪の症状（咳・のどの痛みなど）がある
- 倦怠感（だるさ・体が重い・疲れやすいなど）、呼吸困難（息苦しさなど）がある
- 嗅覚や味覚の異常がある
- 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がある。
- 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方（上記の症状を有する方）がいる
- 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がある

2. 各自マスクを持参して下さい（競技中以外はマスクを着用すること）。

3. こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒の実施をお願い致します。

4. 他の参加者、役員、スタッフ等との距離の確保に努めて下さい（できるだけ2m以上；障がい者の誘導や介助を行う場合は除きます）。

5. 大きな声での会話、応援等は避けて下さい。

6. 感染防止のために主催者が決めたその他の措置をお守り頂き、主催者の指示には従って下さい。

7. 新型コロナウイルス接触確認アプリ「COCOA」のダウンロードを推奨します。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/cocoa_00138.html

8. 大会終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに報告して下さい。

連絡先：神奈川県卓球協会事務局 電話番号 070-4806-1236

9. 大会参加者（選手、認められた人数の引率者・監督・コーチ）は当日一人ひとり受付で別紙の「大会参加者健康状態申告書」を提出して下さい。

提出が無い場合は大会に参加できません（入館できません）。

10. 応援の方は入館できません。

11. 大会中止、入場制限等の変更が生じた場合は、神奈川県卓球協会HPにてお知らせ致します。

以上

大会参加者健康状態申告書

年 月 日

大会参加者各位

連絡先および健康状態申告のお願い

(一社) 神奈川県卓球協会

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致します。ご記入の上、**各自で大会当日持参**し、受付にご提出下さい。尚、提出された個人情報取扱には十分配慮いたします。

氏名 :		
(大会参加区分○印) 選手 ・ 監督コーチ ・ 引率者 ・ 保護者		
年齢 :		
住所 :		
連絡先 (電話番号) :		
大会当日の体温	() °C	
大会前2週間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
倦怠 (けんたい) 感、(だるさ・体が重い・疲れやすいなど)、呼吸困難 (息苦しさなど)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	<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

注：大会に参加する選手・引率者・監督・コーチは必ず、一人ひとり、この申告書を提出してください。提出されない場合は大会に参加できません。

第45回全国レディース卓球大会
神奈川県予選会（座間市立市民体育館）

【団体戦申込書】

チー ム 名 _____
 申 込 責 任 者 _____
 連 絡 先 _____
 電 話 _____

支部協会名		チー ム 名	
監督名			
選 手 名 (ふりがな)		生 年 月 日	年 齢
1		S. H. . .	
2		S. H. . .	
3		S. H. . .	
4		S. H. . .	
5		S. H. . .	
6		S. H. . .	

※2023年4月1日現在の満年齢でご記入ください。

監督1名、選手6名で当日怪我等で出場出来ない場合は1番を不戦敗として行う。
 ただし、2名以上の場合は棄権とする。

第45回全国レディース 神奈川県予選会

個人戦申込書

種目	
(A) 60歳～109歳	(B) 110歳～125歳
(C) 126歳以上	(D) 140歳以上

チーム名 _____

申込責任者 _____

連絡先 _____

電話 _____

種目 No.	選手名	所属	生年月日	年齢
1				
2				
3				
4				
5				

種目 No.	選手名	所属	生年月日	年齢
6				
7				
8				
9				
10				

※2023年4月1日現在の満年齢でご記入ください。
 ※種目(D)は、各々の年齢が70歳以上であること。