

文 部 科 学 大 臣 杯
第 17 回日本車椅子ハンドボール競技大会要項 (案)

大会名	文部科学大臣杯 第 17 回日本車椅子ハンドボール競技大会
主催	(一社) 日本車椅子ハンドボール連盟
主管	徳島県ハンドボール協会
後援	スポーツ庁・(公財) 日本ハンドボール協会・(公財) 日本障がい者スポーツ協会・ 徳島県・鳴門市・鳴門市教育委員会・鳴門市社会福祉協議会・四国ハンドボール 協会・(株) 四国放送局・朝日新聞社・日刊スポーツ新聞社
特別協賛	オムロン株式会社・三井住友フィナンシャルグループ、大塚製薬株式会社
協力	大阪体育大学・神戸医療福祉大学・藍野大学
期日	令和元年 11 月 9 日 (土) 10 日 (日)
場所	大塚スポーツパーク アミノバリューホール (鳴門市撫養町立岩字四枚 6 1) 電 話 088-685-3131
競技種別	* 競技の部 チームはコート内に女子又は障がい者 1 名以上を含むこと * 障がい者の部 全員障がい者であること * フレンドリーの部 小学生の男女
競技方法	予選リーグ・決勝トーナメント方式とする、又参加人員は 1 5 名以内とし、コート 上には競技種別の条件に定められた人数が必ずプレーしていること。平成 28 年度 日本車椅子ハンドボール競技規則による。(都合により変更する場合があります) ボー ルはナガセケンコー 2 号球、車椅子の高さは床面より 53 c m 以下。
申込み方法	日本車椅子ハンドボール連盟が一般社団法人となり、大会申込みには、チーム登 録と大会参加申込みの 2 つが必要となります。
チーム登録	チーム登録申請書にメンバー登録用紙を添付して登録送付先に送付し、チーム登 録費をお支払い下さい。 ・登録費 1 チーム 5,000 円 ・登録申請書およびチームメンバー登録用紙の送付先 〒772-0021 徳島県鳴門市里浦町里浦字坂田 134-1 一般社団法人 日本車椅子ハンドボール連盟 事務局 半 田 忠 史 ・登録費振込先 ゆうちょ銀行 記号：1 4 3 1 0 番号：8 1 4 2 7 9 6 1 口座名義：一般社団法人 日本車椅子ハンドボール連盟
大会参加申込	大会参加申込書を申し込み先に送付し、大会参加費をお支払い下さい。 ・参加料 競技の部 10,000 円 障がい者の部 7,000 円 ・大会参加申込書の送付先 〒772-0021 徳島県鳴門市里浦町里浦字坂田 134-1 一般社団法人 日本車椅子ハンドボール連盟 事務局 半 田 忠 史 ・参加料振込先

みなと銀行 福崎支店 普通預金 口座番号：3604187

口座名義：一般社団法人 日本車椅子ハンドボール連盟

傷害保険料 申込書に記載されたチームの全構成員は、傷害保険に加入しなければならない、
又傷害保険は連盟事務局にて一括加入のため申し込みと同時に納入すること
(1人 500円×全構成員)

申込期日 令和元年 10月 8日

問い合わせ先 〒772-0021 徳島県鳴門市里浦町里浦字坂田 134-1

日本車椅子ハンドボール連盟事務局 半田忠史

電話 088-686-3492 ファクス 088-686-8194

E-mail handa2310@mb.pikara.ne.jp

注 意 事 項

※ 大会開催日に次の会議を行います。

日時 令和元年 11月 9日 (土) 場所 アミノバリューホール会議室

審判会議 午前 8時 45分～

代表者会議 午前 9時 15分～

※ 開会式、閉会式については、下記の通り行います。

開会式 令和元年 11月 9日 (土) 午前 10時～

閉会式 令和元年 11月 10日) 試合終了後

※ 宿泊の予約は、早めに各チームでお願いします。

※ 備 考

- ① プログラム作成のため、申込期日を守る事。
- ② 組み合わせ抽選は、主催者で行い、後日各チームに連絡する。
- ③ 選手変更・追加は代表者会議で認める。
- ④ 不明な点は、大会事務局へ連絡する事。
- ⑤ チームで車椅子を準備できない場合は、大会事務局に問い合わせる事。
- ⑥ 参加選手は、健康保険証 (コピー可) を持参する事。
- ⑦ 個人情報、掲載権および肖像権は主催者側に帰属いたし、参加者は、大会の参加申し込みした時点で承諾したものとみなします。

備 考 この大会は、独立行政法人日本スポーツ振興センタースポーツ振興くじ助成金の補助を受けて開催するものです

