

第 1 7 回元気はつらつ仲間が集う親睦卓球大会のご案内

皆様におかれましては練習に、試合にとご活躍のことと存じます。

さて、昨年度は、新型コロナウイルス感染症拡大のため、中止させていただきましたが、現時点では、感染者数も減少傾向にあり、今後の事は未知数ではありますが、実施できることを願い、この度、元気はつらつ仲間が集う親睦卓球大会を、下記のとおり開催する予定で準備を進めることにいたしました。

皆様お誘いあわせの上、ご参加くださいますようご案内申し上げます。

1. 日時:令和 4 年 2 月 2 6 日 (土) 受付: 9 : 0 0 ~
2. 会場:町田市総合体育館 サブアリーナ、小体育室
町田市南成瀬 5 - 1 2 TEL:042-724-3440
交通の便: JR 横浜線 {成瀬駅} 下車 徒歩 8 分
3. 主催:元気はつらつ仲間が集う親睦卓球大会実行委員会
4. 種目:男子シングルス、女子シングルス、初心者
 - ①: 4 9 歳以下 *各種目毎に、3 ~ 4 人での予選リーグ戦の後、
 - ②: 5 0 歳以上 順位別トーナメント戦を行い、入賞を決定します。
 - ③: 6 0 歳以上
 - ④: 7 0 歳以上
 - ⑤: 8 0 歳以上 *年齢は大会当日 (令和 4 年 2 月 26 日) 満年齢とする
 - ⑥: 初心者
5. 参加費: 1 0 0 0 円
6. 試合球: Nittaku 4 0 mm 公認球 (白)
7. 申し込み方法及び締め切り: 2 5 0 名になり次第締め切ります。

令和 3 年 1 月 1 4 日 (金) までにお申込みください。参加費につきましては大会当日、受付でお支払いください。(中止の可能性もあるため)

なお、当日棄権されても、参加費はお支払いいただきます。

※ 申し込み 送付先

〒194-0001 町田市つくし野 3 - 1 - 2 5
高島 栞 (TEL 042-799-6779)

8. その他

- ①ゼッケンは、申し込み時の所属名を使用のこと。
- ②怪我及び事故については、各自の責任とさせていただきます。
- ③当日は、施設の利用規定に従いコロナ対策を行いますので、ご協力ください。

9. 問い合わせ先

高島 栞 TEL : 0 4 2 - 7 9 9 - 6 7 7 9
正木 康子 TEL : 0 4 2 - 7 2 1 - 3 2 9 9

第 1 7 回元気はつらつ仲間が集う親睦卓球大会申込書

クラブ名	代表者名
------	------

〒 住所

TEL

※ 希望種目に○印を付け、強い順に選手名を楷書ではっきりとご記入ください。また、読みにくい氏名の方は、フリガナをお願いします。

※ 同じチーム名の場合でも切り離しますので、(〃)は使用しないでください。

①49歳以下 ②50歳以上 ③60歳以上 ④70歳以上 ⑤80歳以上 ⑥初心者

	希望種目	氏名	クラブ名	年齢	性別
1	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
2	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
3	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
4	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
5	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
6	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
7	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
8	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
9	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				
10	1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6				

参加費 ￥1,000 ×	人
--------------	---

合計 ￥

※キャンセルされた場合は後日お支払いください。

大会参加者健康状態申告書

新型コロナウイルスの感染予防のため、今大会参加にあたって以下の情報提供をお願いします。
 1人1枚記入して、大会当日受付にご提出ください。提出がないと大会に参加することはできません。
 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。 (用紙不足の場合コピーしてください)

氏名	(チーム名;)		
年齢	歳		
住所			
電話番号	()		
当日の体温	() °C		
大会2週間前における以下の事項の有無			
①	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
②	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
③	だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑤	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑥	新型コロナウイルス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
⑦	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
⑧	過去14日以内に政府からの入国制限、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の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし