

平成24年度・第39回 茨城県ミニバスケットボール交歓大会要項

1 期日と会場

平成24年 7月30日(月), 31日(火) スポセン

8月4日(土), 5日(日), 9日(木), 10日(金), 17日(金), 19日(日),
23日(木), 24日(金), 25日(土) スポセン

2 競技方法

上記大会期日のうち1日参加し、勝敗に関係なく1チーム2試合の交歓親善試合を行う。

3 参加料 1チーム 5,000円

- (1) 参加申し込みと同時に地区代表理事に納入する。
- (2) 地区代表理事は、参加料を6月22日までに、県ミニ連指定口座に振り込む。
- (3) 参加料は原則として返金しない。

4 参加資格 茨城県ミニバスケットボール連盟加盟チームであること。

5 運営方法

- (1) 実施日を各地区で分担し、その地区の代表常任理事の責任において地区で運営する。
- (2) 審判, TO等については交歓大会ですので、原則として参加チームで行う。
- (3) 審判は、きちんとした審判の服装で行う。
- (4) 参加するチームは、得点板に貼るチーム名入りの用紙を1枚用意して、当日持参する。
- (5) 運営の詳細については後日周知する。
- (6) 組み合わせについては6月17日の常任理事会後、各地区に周知及び、ホームページに記載する。

6 登録チームへの大会の連絡

- (1) 各地区ごとに行う。
- (2) 地区代表理事が登録チームへ連絡をする。
平成24年度・第39回茨城県ミニバスケットボール交歓大会申込書を印刷し、参加のとりまとめを行う。(申込書は各地区配布済みまたはHPよりダウンロード)
- (3) 各地区ごとに地区代表理事へ申込み、6月17日の常任理事会までに参加チームをとりまとめ持参する。

7 その他

- (1) 男女2チーム以上の参加で同じ日を希望するチームはその旨明記して下さい。
但し、当日は審判員を参加チーム数と同じ人数用意して、大会運営に支障をきたさないようにしてください。(用意できない場合は、早めに連絡をする)
- (2) 指導者は、終日、体育館にいてください。(朝の準備から、後かたづけまで)
- (3) 欠席のチームがあった場合など、試合の組み合わせが、当日になって変更される場合があります。
- (4) 大会運営上やむをえず1Qを5分にする場合があります。

緊急病院案内 029-241-4199 (緊急医療情報コントロールセンター)

※ 緊急時、上記連絡先以外は119番にて対応のこと。

平成24年度・第39回
茨城県ミニバスケットボール交歓大会参加申込書

1 参加チーム

日バ協番号		地区名	(地区)		
チーム名		市町村名	(市・町・村)	性別	男・女
引率責任者 (保護者代表)		代表指導者名			
住 所	〒	住 所	〒		
電 話 (携帯電話)	- - (-)	電 話 (携帯電話)	- - (-)		
備 考	チームのレベル <input style="width: 50px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> A 勝ち負けよりスポーツを楽しむ。大会参加は主に親睦が目的である。 B ゲームの勝ち負けに関心がある。地区大会は上位を目指す。 C 県大会で上位進出を狙っている。関東大会や全国大会を目指している				

2 参加希望日

7月30日 (月) スポセン	7月31日 (火) スポセン								
8月4日 (土) スポセン	8月5日 (日) スポセン	8月9日 (木) スポセン	8月10日 (金) スポセン	8月17日 (金) スポセン	8月19日 (日) スポセン	8月23日 (木) スポセン	8月24日 (金) スポセン	8月25日 (土) スポセン	

※上記延べ11日間で、大会に参加できる日に2つ○をつけて下さい。二つの○の内、特に希望する日は一つ◎をつけて下さい。

上記の通り参加料5,000円を添えて申し込みを致します。

平成24年 月 日

申し込み責任者 氏名

印