

ポ ッ チ ャ

主管 香川県ポッチャ協会

- 1 日 時 平成29年10月9日(月・祝) 受付 9:30~
競技 10:00~16:30
- 2 会 場 かがわ総合リハビリテーション福祉センター 体育館
香川県高松市田村町1114番地
- 3 参加資格 障がいの有無に関わらずどなたでも参加可能です。
- 4 チーム編成 1チーム3~5名で編成する。
- 5 種 別 団体交流戦(年齢、性別、障がいの有無も問わない)
- 6 参加料 1チーム 1,000円
個人申込みの場合は、1人 500円
※参加料は、当日受付で集めます。
- 7 競技方法 各種別、予選リーグ方式により順位を決定する。
申込みチーム数により競技方法・試合時間等を変更する場合がある。
- 8 表 彰 優勝・準優勝・第3位のチーム及び敢闘賞を表彰する。
- 9 申込方法 (1)参加申込み期限 平成29年9月18日(月・祝)
事務局まで郵送またはFAXでお申込みください。
(2)申込み先・お問合せ先
〒761-8057 高松市田村町1114番地
香川県ポッチャ協会 本大会担当者 瀬尾 宛
TEL 090-6885-4934(留守番電話を残してください)
FAX 087-867-0420(かがわ総合リハビリテーション福祉センター)
- 10 その他 ①一人での参加も受け付けます。
②体育館は土足厳禁です。体育館シューズを準備してください。
選手および介助者は土足、スリッパ、裸足での参加は不可。
③介助が必要な方は各自同伴でお越しください。
④昼食は、各自で用意してください。
⑤競技中に事故については、応急処置のみ行います。
主催者側で1日保険に加入しています。
⑥大会当日、記録として写真撮影をさせていただきます。

ポッチャ交流大会 参加申込書

※いずれかに○をつけてください

【 チーム申込み ・ 個人申込み 】

チーム名				
代表者名				
住所	〒 -	連絡先	TEL	
			FAX	
ふりがな		生年月日	性別	投球方法
キャプテン 選手①		年 月 日	男・女	自投 (立位・座位)
		年齢 学年		ランプ (持込み・貸出し希望)
障がい種別		障がい名 (診断名)		
身体障害者手帳・精神障害者福祉手帳 療育手帳・手帳なしその他・一般				
ふりがな		生年月日	性別	投球方法
選手②		年 月 日	男・女	自投 (立位・座位)
		歳		ランプ (持込み・貸出し希望)
障がい種別		障がい名 (診断名)		
身体障害者手帳・精神障害者福祉手帳 療育手帳・手帳なしその他・一般				
ふりがな		生年月日	性別	投球方法
選手③		年 月 日	男・女	自投 (立位・座位)
		歳		ランプ (持込み・貸出し希望)
障がい種別		障がい名 (診断名)		
身体障害者手帳・精神障害者福祉手帳 療育手帳・手帳なしその他・一般				
ふりがな		生年月日	性別	投球方法
選手④		年 月 日	男・女	自投 (立位・座位)
		歳		ランプ (持込み・貸出し希望)
障がい種別		障がい名 (診断名)		
身体障害者手帳・精神障害者福祉手帳 療育手帳・手帳なしその他・一般				
ふりがな		生年月日	性別	投球方法
選手⑤		年 月 日	男・女	自投 (立位・座位)
		歳		ランプ (持込み・貸出し希望)
障がい種別		障がい名 (診断名)		
身体障害者手帳・精神障害者福祉手帳 療育手帳・手帳なしその他・一般				