

平成29年度四国家庭婦人バスケットボール交流大会開催要項

- (主 催) 四国家庭婦人バスケットボール連盟
- (主 管) 一般社団法人 高知県バスケットボール協会
高知県家庭婦人バスケットボール連盟
- (後 援) 日本家庭婦人バスケットボール連盟
- (日 程) 平成29年8月19日・20日 (土・日)
- (開 催 地) 高知県高知市春野町芳原2485 TEL : (088) 841-3105
春野総合運動公園体育館 大アリーナ (3コート)
- (参 加 費) 1チーム 10,000円 (当日持参可)
(日本家庭婦人連盟に登録していないチームは12,000円)
冷房使用料 1日 5,000円 (2日間10,000円)
※ 例年負担いただいていた審査料については、四国家庭婦人連盟が負担いたします。
- (申 込 み) 別紙参加申込書を6月30日(金)までに下記まで提出下さい。
〒781-0112 高知県高知市仁井田3492-2 近藤 明美 宛
携帯 : 090-5271-4919
FAX : 088-847-6361
E mail : enjoyakemi@dj9.so-net.ne.jp
※ お手数ですが、メールにてご返送願えたらと思います。
※ シニア交流戦も考えていますので、参加申込みメンバー表の
チーム名の横欄の『一般・シニア』の種別に○をつけて下さい。
※ エントリー変更ある場合は、7/20(木)までにご連絡願います。
- (参加資格) 本年度、四国家庭婦人バスケットボール連盟に登録したチーム並びに選手
(組 合 せ) 参加チームにて決定しますので、申し込み締め切り後に連絡いたします。
(競技方法) 2017年度全国ママさん交歓大会と同様ルール (別紙のとおり)
(そ の 他) ※開会式は行いません
※閉会式は、決勝戦終了後行いますので、各チームともご参加下さい。
※TOは、チームの当番制としますのでご協力願います。
(組み合わせとともに決定し後日お知らせいたします)
※ユニフォームは、対戦表の左側を淡色とし、ベンチはオフィシャル席に向かって右側とする。
※各チームとも参加にあたっては、事前に医師の健康診断等うけるなど
選手の健康管理に十分留意する。
※各チームとも必ずスポーツ傷害保険等に加入のこと
※宿泊・懇親会の申し込みは別紙を確認ください。