**令和５年度　茅ヶ崎市総合体育大会　バスケットボール競技**

**一般の部　開催要項**

1.　主　　催　　　茅ヶ崎市

2.　共　　催　　　茅ヶ崎市体育協会

3.　主　　管　　　茅ヶ崎バスケットボール協会

4.　日　　程　　　令和５年６月１０日（土）９時００分より

5.　場　　所　　　茅ヶ崎市総合体育館　第一体育室

6.　参 加 料　　　無料

7.　参加資格　　　１５歳以上（中学生は不可）の市内在住・在勤・在学者５名以上で

構成されたチーム、または、令和５年度茅ヶ崎バスケットボール協会に登録されたチーム　※年間登録料は、５，０００円

ユニフォームは、大会参加人数分用意してください。

（ﾋﾞﾌﾞｽも可ですが、貸出はしていませんので各チームで準備してください。）

8.　競技方法　　　８分クォーター（クォーター間１分　ハーフ５分　試合間２０分）

オーバータイムなし　引き分けの場合は、フリースロー１本勝負

　　　　　　　　　その他は、令和５年度日本バスケットボール協会競技規則に準ずる

　　　　　　　　　トーナメント戦またはリーグ戦（参加チーム数による）

　　　　　　　　　審判・オフィシャルは、参加チームで行うため、ご協力をお願いします。

9.　申し込み　　　５月１１日（木）までに下記メールアドレス宛にチーム名、男女、代表者氏名、連絡先を記載して送付してください。

　　　　　　　　　申込先メールアドレス　rin.kohei-32@i.softbank.jp

10.代表者会議 　　５月１２日（金）午後７時より

　　　　　　　茅ヶ崎市総合体育館　２階　第２会議室

 参加申込書を提出してください。

11.　その他 　　　試合当日までの参加する方全員（選手、応援、審判含む）の

「健康チェックシート」（２週間分の計測結果）を作成し、各チームで保管して

ください。また、試合当日に「健康管理報告書」を本部室に提出してください。

12.　注意事項 　　保険は必ず各チームでご加入ください。怪我をした場合の治療費は自己負担とな

ります。

コートにいる方以外は（ベンチ・TO等）はできるだけマスクを着用してください。

ハーフタイムは、次の試合のアップ練習はできません。

コートには、前の試合が終わってから、次の試合の選手が入ってください。

試合終了後は、自チームのベンチを消毒してください。

その際、床には直接、消毒液を吹きかけないでください。

観客席での、飲食は可能ですが、黙食をし、スペースを広くとってください。

ゴミはお持ち帰りください。

問合せ　　　茅ヶ崎バスケットボール協会 事務局　 林　幸平

電話　０９０－７２０８－３９４５

**令和５年度　茅ヶ崎市体育協会総合体育大会　バスケットボール競技**

**一般の部　参加申込書　兼協会登録申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 種目 | 男　子　・　女　子 |  |
|  | チーム名 | 　 |  |
|  |  | 　 |  |
|  | 住所 | 　 |  |
|  | 電話番号 | 　 |  |
|  | コーチ | 　 |  |
|  | アシスタントコーチ | 　 |  |
|  | スタッフ氏名 | 年齢 | 住　　　　　　所 | 電話番号 |
| 1 | 　 | 　 |  | 　 |
| 2 | 　 | 　 |  | 　 |
| 3 | 　 | 　 |  | 　 |
| 4 | 　 | 　 |  | 　 |
|  | 選手氏名 | 　年齢 | 住　　　　　所 | 電話番号 |
| 1 | 　 | 　 |  | 　 |
| 2 | 　 | 　 |  | 　 |
| 3 | 　 | 　 |  | 　 |
| 4 | 　 | 　 |  | 　 |
| 5 | 　 | 　 |  | 　 |
| 6 | 　 | 　 |  | 　 |
| 7 | 　 | 　 |  | 　 |
| 8 | 　 | 　 |  | 　 |
| 9 | 　 | 　 |  | 　 |
| 10 | 　 | 　 |  | 　 |
| 11 | 　 | 　 |  | 　 |
| 12 |  |  |  |  |

※ご記入いただいた個人情報につきましては、参加資格の確認及び事故等による傷害が発生した場合の保険手続き事務に使用するためのもので、他の目的で使用することはありません。

**令和５年度**

**茅ヶ崎市総合体育大会　バスケットボール競技　一般の部**

**健　康　管　理　報　告　書**

**私たちのチーム関係者は、大会当日の朝（チーム受付）時点において、**

**発熱・せき・のどの痛み等の諸症状が、なかったことを報告いたします。**

**令和５年６月１０日**

**茅ヶ崎市バスケットボール協会**

**会長　葛西　修　様**

**チーム名**

**代表者名**

**住　　所**

**電話番号**

**※この「健康管理報告書」は、大会当日の朝（８：３０～９：００）に、本部室へ**

**提出してください**