

第17回 九州オープン車椅子バスケットボール鹿児島大会 実施要綱

1. 目的

本大会は、地域住民への車椅子バスケットボールの普及や健常者と障害者が車椅子バスケットボールを通じて交流することにより障害者スポーツを理解し、楽しむ事によって相互に交流することを目的とする。また、広く社会に対して車椅子バスケットボール競技の普及・啓発を図ることを目的とする。

2. 主催 九州車椅子バスケットボール連盟

3. 主管 鹿児島県車椅子バスケットボール協会
第17回九州オープン車椅子バスケットボール大会実行委員会

4. 開催日程 2017年10月7日(土)～8日(日)

1日 9:15～ 開会式 / 9:45～ 第1試合

2日 9:30～ 第1試合 / 16:00～ 閉会式予定

(体育館は9時に開きます。組合せ等の詳細は、別紙参照)

5. 会場

場所：郡山体育館

住所：〒891-1102 鹿児島県鹿児島市東俣1464 (TEL：099-298-8448)

6. 競技規則

平成29年度日本車椅子バスケットボール連盟競技規則、及び本大会申し合わせ事項による。健常者を中心としたオープン大会の為、持ち点制は導入しない。

7. 競技方法

2ブロックによる試合を実施し、組合せは主催者に一任する。各ブロックのトーナメント勝者は、2日目に総当たり戦により順位を決定する。総当たり戦で勝ち数が同じ場合、得失点差によって判断する。但し直接対決にて勝利した場合は、この限りでない。

8. 参加チーム数 7チーム(予定)

9. チーム編成

ヘッドコーチ・アシスタントコーチ・トレーナー・マネージャー各1名、選手12名、合計16名以内とする。

10. 審判・オフィシャル

空きチームで審判・オフィシャルの担当をお願いします。(九州連盟審判部より指導あり)

11. 参加料及び保険加入について

九州連盟登録チーム 5,000円

九州連盟未登録チーム 10,000円

学生チーム 5,000円（学生が3名以上登録している場合）

※大会側でレクリエーション保険に加入しますが、大会期間中の事故について保険適用範囲を超えた場合の責任は負いません。

12. レセプションについて

本大会は大会でのレセプションは行いません。各チームで準備をよろしくお願いいたします。

12. 申込方法・申込期日

別紙参加申込書に、必要事項をご記入の上、**2017年9月15日（金）**までにE-mailにて申し込んで下さい。（FAX、郵送等他の方法をご希望の方はご相談ください。）

なお、保険加入の関係上、以下の点に注意して下さい。

①申込書内の選手の項目は、基本的に大会に参加することが出来る選手を記入して下さい。

②記入事項は未記入が無いようにお願い致します。パンフレット上で未記載を希望する項目につきましては、記入後に文字が見えるようにして斜線を引いてください。

13. 宿泊・移動

各チームで手配お願い致します。

14. 昼食 大会期間中の昼食（弁当）を希望するチームは申込書に必要個数の記入をお願いします。

15. 連絡先

第17回九州オープン車椅子バスケットボール大会 実行委員会

事務局 立山 瑛子

メールアドレス：mkkk210k1e@yahoo.co.jp