


2022年度 第23回 ビーチボールバレー マスタース大会 要項

主催 足立区ビーチボールバレー連盟
後援 (公財) 足立区体育協会

- 1: 日 時 2022年6月26日(日)
受付 女子の部: 午前9時00分
混合の部: 午後1時00分
- 2: 会 場 伊興地域体育館
- 3: 種 目 女子の部20チーム、混合の部20チーム(申込み自由のフリーエントリー制)
*混合はコート内に男子2名まで *注意事項参照
- 4: 参加資格 50歳以上(大会当日) チーム参加 1チーム4人~6人
- 5: 競技方法 足立区ビーチボールバレーオフィシャルルール、一部ローカルルールを適用する。
- 6: 参加費 1人750円(団体保険料込み)
大会当日受付でチームごとにまとめて徴収します。お釣りのない様をお願いします。
- 7: 申込み方法
下記申込み書に必要事項を記入し、ハガキに貼り郵送してください。*チーム名の文字数は7文字以内です。記号及び絵文字の使用は不可とします。

*** 申込み書 送り先 ***
足立区ビーチボールバレー連盟
事務局 山本 道子
〒334-0076 川口市本蓮1-6-16
2021年5月27日(金) 必着

- 8: 注 意 事 項
所定のチーム数になり次第締め切ります。
女子の部・混合の部 共に平均年齢で
クラス分けをします。
決勝トーナメントは行いません。
賞状はコート3位までです。
代表者会議は行いません。
組合せは、当日発表します。
電子ホイッスルを使用します。
当日体調のすぐれない方、熱のある方は参加を
お控えください。
別紙の体調チェックシートに記入をし
大会当日ご持参ください。
会場での検温の際、体温が37.5℃以上の方は
参加をお断りいたしますのでご了承ください。
試合中のマスクの着用は自由ですが、
試合中以外はマスクの着用をお願いします。
選手以外の入場はお断りします。

足立区ビーチボールバレー連盟			
			
第23回 マスタース大会申込み書			
参加種目:	女子の部 ・ 混合の部		
チーム名:			
監督名:			
代表者名:			
住 所:	〒 足立区		
電話番号:			
	選 手 氏 名	性 別	年 齢
1	◎	男・女	
2		男・女	
3		男・女	
4		男・女	
5		男・女	
6		男・女	
※キャプテンは1番に記入してください。			
平均年齢 (才)			

- 9: 問い合わせ 小泉 智敬
090-9816-1400

体調チェックシート

(大会用)

大会に参加するチームのキャプテンは、参加するチーム全員の体調を確認し、以下の項目にチェック・記入をし、当日受付に提出してください。
尚、チェック項目に「有」の該当、体調のすぐれない方、熱のある方は参加をお控えください。

日 付 年 月 日

クラブ名 チ ャ ム 名

氏 名	当日朝の体温			当日および参加2週間における以下の事項の有無
	℃	有	無	体温が37.5℃以上 せき、のどの痛みなど風邪の症状 だるさ、息苦しさ 嗅覚、味覚の異常 体が重く感じる、疲れやすい等 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触がある 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	℃	有	無	体温が37.5℃以上 せき、のどの痛みなど風邪の症状 だるさ、息苦しさ 嗅覚、味覚の異常 体が重く感じる、疲れやすい等 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触がある 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	℃	有	無	体温が37.5℃以上 せき、のどの痛みなど風邪の症状 だるさ、息苦しさ 嗅覚、味覚の異常 体が重く感じる、疲れやすい等 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触がある 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	℃	有	無	体温が37.5℃以上 せき、のどの痛みなど風邪の症状 だるさ、息苦しさ 嗅覚、味覚の異常 体が重く感じる、疲れやすい等 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触がある 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	℃	有	無	体温が37.5℃以上 せき、のどの痛みなど風邪の症状 だるさ、息苦しさ 嗅覚、味覚の異常 体が重く感じる、疲れやすい等 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触がある 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		