

各 位

第90回全日本小城観桜ソフトテニス大会のご案内

全国桜百選(小城公園)の桜花咲き誇るなか、「情熱と感動!」を大会スローガンとして、標記大会を下記のとおり開催いたします。

本大会は、今回で90回を迎えることができました。これもひとえに皆様方のご協力の賜と深く感謝いたします。

つきましては、ソフトテニス愛好者の皆様が是非ご参加下さいますようご案内申し上げます。

2023年 新 春 小城ソフトテニス協会

記

主 催 小城市

後 援 佐賀県ソフトテニス連盟 九州ソフトテニス連盟 小城市教育委員会

小城市観光協会 (株)ルーセント (株)ゴーセン

主 管 小城市体育協会 小城ソフトテニス協会

日程及び種目

2023年3月25日(土) 雨天延期日4/1日(土)

■成年男子(35歳以上) ■成年女子(35歳以上) ■シニア男子45歳以上

■シニア女子45歳以上 ■シニア男子55歳以上 ■シニア女子55歳以上

■シニア男子65歳以上 ■桜の部(男子70歳以上、女子60歳以上)



2023年3月26日(日) 雨天延期日4/2日(日)

■一般男子 ■一般女子 (成年、シニアとの重複出場可。ただし要参加料。)

◇両日とも7:30~受付 8:30開会式 9:00試合開始 9:30棄権決定

会 場 小城公園テニスコート、小城高校テニスコート

コ ー ト : クレーコート

規 定 全種目現行の日連ハンドブックに準ずる。年齢は2023年4月1日現在の満年齢。

個人戦トーナメント(参加チーム数により、リーグ戦を行うこともある。)

参加料 1ペア 3,000円(申込み時に必ず納入のこと)

参加賞として「小城羊羹」を準備しております。

申込締切日 2月20日(月)必着

申込先 〒845-0001 佐賀県小城市小城町253-4 (株)音成印刷内

全日本小城観桜ソフトテニス大会事務局 TEL0952-73-4113

◆別紙申込書に参加料を添えて現金書留封筒で郵送ください。また、口座振込される場合は、参加料の振込済領収書の写しを同封してください。(電話、FAX等での申込み不可)

エントリー状況の確認は小城ソフトテニス協会HPで!

URL <https://ogila.sagamachi.com/>

◆「オギラ」でも検索できます。

大会当日の緊急連絡 TEL080-1542-2565(真崎光晴)

宿泊所のご案内

龍水園ホテルTEL0952-72-2200

開泉閣旅館TEL0952-72-2155

ご利用の場合は、直接ご連絡ください。

長崎自動車道「上下」線、小城パーキングエリアよりスマートインターチェンジが開通
※ETC車載器を搭載した車両だけが通行可能なインターチェンジです。

新型コロナウイルス感染症の終息が見えない中、大会の開催に向けて、選手や運営スタッフなど、関わる全ての皆さんが安心して参加し、楽しんでもらうために感染拡大防止措置にご協力のほどよろしくお願いいたします。

また、大会を開催するにあたっては今後の新型コロナウイルス感染拡大の状況や政府・佐賀県・小城市・小城市スポーツ協会から発せられる情報を踏まえ、急な中止又は延期を行う場合がございます。

全日本小城市観桜ソフトテニス大会開催時の 新型コロナウイルス感染拡大防止措置について

1. 参加者が以下の事項に該当する場合は、自主的に参加を見合わせる事。
 - イ. 体調がよくない場合（例：発熱、咳、咽頭痛などの症状がある場合）
 - ロ. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
 - ハ. 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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合
2. マスクを持参すること。
（試合を行っていない時や会話をする際にはマスク着用をすること）
こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること。
3. 用具、用品（ラケット、タオル等）のシェアやチーム内でのコップの共有、使い回しを行わないこと。
4. 他の参加者、主催者スタッフ等との距離（できるだけ 2 m 以上）を確保すること。
5. 大会開催中に大きな声で会話、応援等をしないこと。
6. 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、主催者の指示に従うこと。
（別紙、感染症防止チェックシートを受付時に提出する。）
7. 大会終了後 2 週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告すること。

以上のことを十分に遵守して大会に参加してください。

なお、アルコール等の手指消毒剤は、大会会場に準備します。

第 9 0 回 全日本小城観桜ソフトテニス大会申込書

クラブ名 _____ 申込者名 _____

申込者住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____ 携帯Tel _____

申込みは種目別に強いペア順に記入してください。組み合わせの参考のためランキング及び大会入賞等があれば記入してください。氏名には必ずふりがなをお願いします。

種 目	No.	氏 名 ふりがな	年 齢	県 名	ク ラ ブ 名	ランキング及び 大会名・成績等	延期 参加
							延期日に参加予定の場合は○印、不参加は×印を左枠に記入してください。

参加料 ペア×3,000 円＝ _____ 円

申込みには必ず参加料を添えてください。参加料が無い場合は受け付けません。
また、口座振込される場合は参加料の振込済領収書の写しを同封してください。

金融機関名：佐賀銀行 小城支店
口座番号：普通 3056624
口座名義：小城観桜ソフトテニス
オギカンオウソフトテニス

申込先

〒845-0001 佐賀県小城市小城町 2 5 3 - 4 (株)音成印刷内
全日本小城観桜ソフトテニス大会事務局 Tel0952-73-4113

申込み締切 2月20日(月) 必着

感染症予防参加者シート

小城ソフトテニス協会

大 会 名	第90回全日本小城観桜ソフトテニス大会	
所 属 名 (学校名)		
氏 名		
住 所 (〇〇市〇〇町)		
連 絡 先 電 話		
当日の体温 (月 日)	° C	° C
当日の2週間前までに発熱など感染症状	有・無 (いずれかに○)	有・無 (いずれかに○)
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触有無	有・無 (いずれかに○)	有・無 (いずれかに○)
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	有・無 (いずれかに○)	有・無 (いずれかに○)
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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触有無	有・無 (いずれかに○)	有・無 (いずれかに○)
マスクの着用	有・無 (いずれかに○)	有・無 (いずれかに○)

「ソフトテニス大会等の再開に向けた感染拡大予防ガイドライン」より

*大会等参加者に感染が判明した場合には、本シートを関係機関に公表する場合があります。