

第26回横浜市ハンディキャップテニス大会実施要綱

- 1 目的 生涯スポーツと言われるテニスを通じて、選手とボランティアがともに協調し、日頃の練習の成果を十分発揮し、交流を深め楽しく一日を過ごし、障害者テニスの普及と振興を図ることを目的とする。
- 2 日時 平成29年3月25日（土）午前9時～午後5時（雨天中止）
- 3 場所 横浜市本牧市民公園テニスコート（砂入り人工芝6面）
横浜市中区本牧三之谷59
（JR根岸駅より市営バス・54・97系統にて本牧市民公園前下車）
- 4 主催 公益社団法人横浜市身体障害者団体連合会
- 5 後援 横浜市健康福祉局
- 6 協力 日本女子テニス連盟神奈川県支部ボランティア委員会
横浜市障害者スポーツ指導者協議会
- 7 競技種目及び競技内容
ダブルス（障害者同士又は障害者と健常者） ※パートナーがいない方は主催者が紹介します。
① 初級クラス
② 中級クラス
③ 上級クラス（JT Aルールに準ずる）
健常者のサービスラインより前でのボレー、スマッシュは失点とする。
- 8 競技方法 クラス別リーグ戦 6ゲーム先取ノーアドバンテージ、デュースの場合は1回デュースの後ノーアドバンテージ方式で行う。
JT Aルールを基本とし、大会規定による。
「車椅子及び下肢障害者」は2バウンド後の打球まで有効とする。
天候と参加状況により競技方法を変更する場合があります。
- 9 募集人員 30組（先着順）
対象者は横浜市内在住・在勤の方を優先します。
- 10 参加費 1人 2,500円 【お弁当の予約を1個830円で申し受けます】
※当日、雨天等による中止の場合は、各々参加賞を送付いたします。
※お弁当の代金は当日徴収します。キャンセルは3日前まで可。3日前以降のキャンセル及び当日欠席の場合は代金を徴収させていただきます。
- 11 申込締切 平成29年2月10日（金）必着
- 12 申込方法 所定の申込用紙に必要事項を記入の上、参加費を添えて郵送又は直接事務局へお申し込みください。参加費領収書は大会当日にお渡しいたします。
- 13 その他 ・競技期間中の事故については、傷害保険に加入しますが保険適用範囲を超える事象についての責任は負いませんので、ご了承の上お申し込みください。
- 14 申込・問合せ 〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1752
障害者スポーツ文化センター横浜ラポール3階
公益社団法人横浜市身体障害者団体連合会事務局
TEL045-475-2060 FAX045-475-2064
〔 当日のみ 携帯電話080-1309-8654
E-mail : hamashinren-2007@docomo.ne.jp 〕

第26回横浜市ハンティキャップテニス大会参加申込書

ふりがな					
名 前		性別	男・女	年齢	歳
住 所	〒				
TEL/FAX	TEL ()		FAX ()		
E-mail	携 帯 ()		E-mail		
障害区分	1. 障害名 () 等級: 2. なし			1. ワンバウンド 2. ツーバウンド	
車椅子使用	有・無	手話通訳	要・不要	筆記通訳	要・不要
経験年数	年 カ月 (障害者の方は障害受障後)				
参加種目	1. 初級クラス 2. 中級クラス 3. 上級クラス (いずれかに0印をつけてください。) ※申し込み状況等により主催者の判断で変更する場合があります。				
パートナー紹介	1. 希望する 2. 希望しない				
駐 車 場	1. 使 用 2. 不使用				
コメント					

パートナー					
ふりがな					
名 前		性別	男・女	年齢	歳
住 所	〒				
TEL/FAX	TEL ()		FAX ()		
E-mail	携 帯 ()		E-mail		
障害区分	1. 障害名 () 等級: 2. なし			1. ワンバウンド 2. ツーバウンド	
車椅子使用	有・無	手話通訳	要・不要	筆記通訳	要・不要
経験年数	年 カ月 (障害者の方は障害受障後)				
駐 車 場	1. 使 用 2. 不使用				

参加費	2,500円 × 人 = 円 (領収書大会当日発行)
------------	--

お弁当予約	個 (830円 × 個 = 円 当日徴収)
--------------	---