



「全国障害者スポーツ大会 精神障がい者ソフトバレーボール競技



近畿ブロック大会 大阪府代表選抜大会」参加チーム募集！

主催：大阪府

主管：社会福祉法人精神障害者社会復帰促進協会

協力：大阪府バレーボール協会

企画運営：ソフトバレーボール交流事業実行委員会

「全国障害者スポーツ大会 精神障がい者ソフトバレーボール競技 近畿ブロック大会」の大阪府代表を決定するための試合を行います。奮ってご参加下さい！

日時：令和6年2月1日（木）10:00～16:00（試合開始 10:15～）予定

場所：大阪市舞洲障がい者スポーツセンター（大阪市此花区北港白津 2-1-46）

参加費：無料

申込：郵送・メール・FAX にてお申込下さい。送付先・送信先は裏面をご覧ください。

①郵送の場合：申込用紙（裏面）に必要事項を記入し、返信用宛名を記入・84 円切手を添付した封筒を同封の上、ご郵送下さい。

②メールの場合：申込用紙（裏面）に必要事項を記入の上、メールにて送信して下さい。申込用紙は Web サイトからもダウンロードできます。

③FAX の場合：申込用紙（裏面）に必要事項を記入の上、FAX 送信して下さい。送信後はお電話等でご連絡下さい。

※参加決定のご連絡は、令和6年1月25日頃の予定です。

締切：令和6年1月15日（月）17:30 必着

※選手の変更等は大会前日まで。最終的に記入された競技者のみが競技にご参加頂けます。

出場資格：公益社団法人日本精神保健福祉連盟の「精神障害者スポーツ競技実施マニュアル（バレーボール・ソフト球）」および「全国障害者スポーツ大会競技規則集」／公益財団法人日本障がい者スポーツ協会（令和5年4月1日より実施分）に準ずる。（詳細下記のとおり）

参加資格

- 令和5年4月1日現在、13歳以上の精神障がい者で、大阪府内に現住所がある方。又は大阪府内の施設等に入所／通所している方（大阪市、堺市が所在地の施設等は除く）。
- 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方。あるいはその取得の対象に準ずる障がいのある方（自立支援医療受給者証の交付を受けた方）。
- チームは男女混合とする。また試合中は少なくとも1名以上の女性プレーヤーが出場していなければならない。
- 1チーム12名以内、役員は3名以内とする。ただし、役員については、出場選手の障がいの程度等により、これにより難しい場合は、主催者と協議の上、増員することができる。

競技実施要項及び競技実施規則

公益財団法人日本バレーボール協会制定6人制競技規則を基に、大会競技規則による。

本大会では、全国障害者スポーツ大会公式球であるソフトバレーボール球・糸巻きタイプ モルテン製円周 78±1 cm、重量 210g±10g を使用する。

競技方法・組み合わせ

競技は6人制、トーナメント戦（予定）とする。競技試合の組み合わせは、大会当日、抽選により決定。

服 装

ジャージなど運動しやすい服装及びかかとの無い靴底の柔らかいスポーツシューズ。

背番号は1～12とし、番号が重ならないよう各チームでご準備下さい。

- ・昼食は持込可能です。観覧席や休憩スペースをご利用下さい。
- ・施設内のレストランは平日は休業しており、周辺に食事できる場所は少ないため、ご注意下さい。

全国障害者スポーツ大会 精神障がい者ソフトバレーボール競技

近畿ブロック大会 大阪府代表選抜大会

申込用紙【令和6年2月1日（木）開催 会場：大阪市舞洲障がい者スポーツセンター】

申込締切 令和6年1月15日（月）17:30 必着

| | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------------|----|----|------------|-----------------|
| チーム名 | | | | | | | |
| チームの紹介 (特徴・モットーなど) ※パンフレット等に記載 させていただきます | | | | | | | |
| 連絡先 | 機関名称 | | | | | | |
| | 住所 | (〒 -) | | | | | |
| | 担当者 | | | | | | |
| | TEL | | FAX | | | | |
| | E-mail | | | | | | |
| 背番号 | 選 手 | 氏 名 | フリガナ | 年齢 | 性別 | 手帳の 有・無 | 手帳に準ずる 証明書など |
| | 主将 | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | | 有・無 | 有・無 |
| 選手合計 | | 人 | ※選手は 12 名まで。 | | | | |
| (役員) | 監 督 | | | | | | |
| | コーチ | | | | | | |
| | マネージャー | | | | | | |
| 役員合計 | | 人 | ※役員は 3 名まで。 | | | | |
| 応援人数（予定） | | 人 | ※おおよそで結構です。 | | | | |

【申込・お問合せ先】

※お申込は郵送・メール・FAX にて。郵送の場合は必ず 84 円切手貼付の返信用封筒を同封してください。
 社会福祉法人精神障害者社会復帰促進協会（宛名は「復帰協」でも可）「ソフトバレーボール」係
 〒552-0001 大阪市港区波除 5-7-6-201 開所時間：月～金の 9:00～17:30（土日祝日は休所）
 E-mail : hukikyo@kss.biglobe.ne.jp TEL : 06-6567-8071 FAX : 06-6567-8089