

会 員 各 位

公益社団法人神奈川県病院協会

会 長 長 倉 靖 彦

(公印省略)

第45回神奈川県病院協会女子バレーボール大会の開催について

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当協会の事業運営にご理解とご尽力を賜りまして、誠にありがとうございます。

本年度も女子バレーボール大会を下記のとおり開催することといたしましたので、ご案内申し上げます。

記

- 1 開催日時 平成25年9月8日(日) 午前9時より試合開始
(受付 午前8時30分より・主将会議 午前8時40分より)
- 2 開催場所 聖マリアンナ医科大学体育館
川崎市宮前区菅生2-16-1 TEL 044-977-8111
- 3 参加申込 8月27日(火)までに、参加申込書をFAX(045(231)1794)
又はメール(machida@k-ha.or.jp)でお送りください。
- 4 参加料振込 8月27日(火)までに、参加料(15,000円)をお振込ください。
振込先口座 ①横浜銀行 本店営業部 (普) 149693
②神奈川県医師信用組合 本店(普) 17154
口座名義 公益社団法人神奈川県病院協会 出納員 長 倉 靖 彦
- 5 問合せ先 〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1 神奈川県病院協会事務局 担当 町田
[TEL 045(242)7221・FAX 045(231)1794・E-Mail machida@k-ha.or.jp]

第45回神奈川県病院協会女子バレーボール大会参加申込書

施設名		所在地	
TEL		FAX	
監督名(所属)	()	担当者(所属)	()
当日の連絡責任者(携帯電話番号) ※試合当日の急な連絡に限り使用します	()		

(メンバー表)

No	背番号	ふりがな 選手氏名	所属及び職名	備考
1				主将
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

※登録された氏名・連絡先等の「個人情報」については、大会運営以外の目的には使用いたしません。

*** FAX送信先 045-231-1794 ***

第45回神奈川県病院協会女子バレーボール大会実施要領

1 日 時

平成25年9月8日(日) 午前9時より(開会式終了後)

- ・受 付 午前8時30分より
- ・主将会議 午前8時40分より
- ・開 会 式 主将会議終了後、すぐに行います。

2 場 所 (最終ページ地図参照)

聖マリアンナ医科大学体育館

川崎市宮前区菅生2-16-1 Tel 044-977-8111

3 参加資格

女子常勤職員(登録は12名以内)

4 試合方法

トーナメント方式とするが、参加チーム数により一部リーグ戦となる場合がある。

5 競技規則

- ①日本バレーボール協会6人制競技規則により行う。(3セットマッチとする。なお、第1・第2セットは、21点先取のラリーポイント制。第3セットは、15点先取のラリーポイント制とする。)
- ②リベロプレイヤーの採用も可とするが、リベロプレイヤーはゼッケンもしくは他のプレイヤーと異なるユニフォームを着用する。
- ③使用球は5号のカラーボールとする。(大会本部にて準備いたします。)
- ④ネットの高さは2m15cmとする。
- ⑤ユニフォームは統一されたものとし、必ず背番号を付ける。

6 表 彰

優勝～第3位まで

※参加者全員に参加賞を用意します。

7 参加料

1チーム15,000円

(スポーツ傷害保険[傷害保険]含む)

8 申込み方法

同封の大会参加申込書に所定事項をご記入の上、FAX(045-231-1794)にてお送りいただくとともに、参加料を銀行振込にてご送金下さい。

・申込及び振込期限 平成25年8月27日(火)

※振込先 横浜銀行本店営業部(普)149693

又は

神奈川県医師信用組合本店(普)17154

名義人 公益社団法人神奈川県病院協会 出納員 なが くら やす ひこ
長 倉 靖 彦

9 組み合わせ

組み合わせは、主将会議で抽選を行います。

10 その他

①審判は、横浜バレーボール協会審判員、記録・線審は各チーム相互に行います。

②疑義の点は実行委員に、試合に関しては審判長に連絡をして下さい。

③当日は、時間を厳守し、会場に到着次第、すみやかに受付を行って下さい。

主将会議に間に合わない場合は「棄権」とみなします。

④上履をご用意下さい。

⑤喫煙は必ず所定の場所で行なってください。

⑥駐車については、守衛所において駐車の手続きをとられてから、中へお進みください。

駐車台数に限りがありますので、お車をご利用の際は乗り合わせて来て下さい。

⑦昼食は、各自でご用意下さい。飲食は玄関ロビー又は表でとることができます。

⑧見学・待機場所はバレーボールコートの上になります。

⑨ごみは各自必ずお持ち帰り下さい。

⑩選手登録者(監督含む)を被保険者とする、スポーツ傷害保険に加入しています。

ケガをされた場合は、大会本部へご連絡ください。

【補償額・・・死亡・後遺障害 300万円/入院(日額)4,500円/通院(日額)3,000円】

11 大会役員（五十音順）

会 長	長 倉 靖 彦	(横浜掖済会病院)
担当副会長	新 江 良 一	(金沢文庫病院)
担当常任理事	香 中 伸一郎	(横浜なみきりハビリテーション病院)
//	南 康 平	(丹羽病院)
担 当 理 事	土 屋 敦	(刈野辺総合病院)
//	宮 川 政 久	(宮川病院)
担 当 幹 事	高 田 仁	(神奈川県病院協会参与)
担 当 委 員	市 村 幹 男	(聖マリアンナ医科大学病院)
//	岡 野 秀 行	(金沢文庫病院)
//	小 野 勝 美	(湘南第一病院)
//	沼 田 博	(横浜なみきりハビリテーション病院)
//	藤 田 圭	(丹羽病院)
//	横 山 伸 泰	(鹿島田病院)
実 行 委 員	宮 下 伸 一	(横浜バレーボール協会理事長)

12 お問い合わせ先

〒231 - 0037 横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館 4 階

公益社団法人神奈川県病院協会 事務局 担当 町田・森田

Tel 045(242)7221 / Fax 045(231)1794 / E-mail machida@k-ha.or.jp

