第 17 回薬師堂温泉ビーチボール大会実施要項

主催　　薬師堂温泉　GLANZ

開催期日　　令和５年８月 20 日(日)
※会場：8時 00 分　受付：8時 15 分　開会式：8 時 45 分

競技会場　　水沢体育館（奥州市中上野町 1-85）
※**参加選手・関係者は２階の観覧席に荷物を置いてください。**ステージ上は開放しません。

出場資格　　ビーチボール愛好者（協会登録不要）

参 加 料　　1チーム　3，000円（参加料については大会当日会場にて）

競技区分

男子	女子	混合
フリーの部	フリーの部	180 歳未満の部
	50 歳以上の部	180 歳以上の部
	65 歳以上の部	

※混合の部はプレーヤー4名の合計年齢が該当する方でお申し込み下さい。
【男女各2名または男1名女3名でも可】

競技規則　　日本ビーチボール協会認定『ビーチボールのルール』によって行います。

競技方法　　参加チーム数によって決めます。
※1セット・2セット目は、9ポイント先取（デュース有2点差がつくまで）
3セット目は、ラリーポイント制15ポイント先取

表　彰　　各競技区分の1位、2位、3位を表彰します。
※表彰式は薬師堂温泉にて 18 時から、**１人４500 円会費**で行います。
受付：17 時 30 分～

組み合せ　　組み合わせ抽選は主催者で公正に行い、**大会当日各チームに1部配布します。**

申し込み　　締め切り **令和５年８月４日(金)必着**

※お盆を挟みますので申し込みの遅れがないよう、**郵送**でのご協力宜しくお願い致します。

申 込 先 〒 023 - 0036 奥州市水沢字北栗林 81-7
伊勢 昴　TEL 080-1828-6002

その他　※各チーム **１名以上審判できる方**を入れて下さい。万が一、審判ができないチームがございましたら対応しますので、ご連絡下さい。尚、審判服の着用は不要です。

※参加チームより各１名は、大会当日8時 10 分より会場設営のご協力をお願い致します。

第 17 回薬師堂温泉ビーチボール大会参加申込書

令和 5 年　　月　　日

申込み責任者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯番号（又は自宅電話番号） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

チーム名（ふりがな）10 文字以内	競 技 区 分（〇でお囲みください）
	男子　フリーの部 女子　フリーの部　50 歳以上の部　65 歳以上の部 混合　180歳未満の部　　180歳以上の部

	氏　名	年齢	電話番号	表彰式参加可否
1 監督				
2 主将				
3				
4				
5				
6				
7				

※表彰式参加可否は〇×にて表記して頂き、可能な限り各チーム2名以上参加ご協力お願い致します。

また、表彰式のみ参加も大歓迎ですのでその方は下記にご記入頂き、郵送お願い致します。