

第5回 サフォークカップバスケットボール大会開催要項

1. 主催 士別地区バスケットボール協会
2. 後援 士別市教育委員会
3. 期 日 10月29日(土)～10月30日(日)
4. 場 所 士別市立士別南中学校 他
(変更の場合あり)
5. 競技方法 トーナメント方式優勝戦
(参加チーム数により、変更有)
6. 参加資格 一般女子チーム(未登録チーム可)
7. 競技規則 現行の日本バスケットボール協会競技規則に従う
8. 参加料 1チーム 8,000円
(当日試合会場にて徴収いたします)
9. 申込期日 参加申込書に記入のうえ10月3日(月)必着

E mailにて申し込みをお願いします(無ければFAX可)

(アドレスのある方は、チーム名を記入のうえ空メールを送っていただければ申込書を再送いたします。)

10. 申込先 Eメール：shisho-suda@hokkaido-c.ed.jp
FAX：0165-23-2908
北海道士別商業高等学校内 須田 忍 宛
11. 組合せ 士別地区バスケットボール協会が責任のうえ行う。
12. 試合時間 未定
13. 帯同審判 各チーム1名以上の帯同審判を申込書に記入をお願いします。
14. オフィシャル 後日組合せが決定次第、組合せと併せてチーム代表者にご連絡します。
15. その他
 - ・組合せ、競技時間等は、後日決定しだい各チームに連絡します。
 - ・ゴミは必ずチームで責任を持って持ち帰ってください。
 - ・オフィシャルは原則として、負けオフィシャルです。
 - ・優勝チーム、準優勝チームには豪華景品を用意する予定です。
 - ・チーム数にもよりますがアトラクションを予定しています。
 - ・出場できないチームも必ず連絡ください。

連絡先 〒095-0006
士別市東6条北6丁目24番地
北海道士別商業高等学校 須田 忍
TEL 0165-23-2914
FAX 0165-23-2908
メール shisho-suda@hokkaido-c.ed.jp

平成17年度 サフォークカップバスケットボール大会参加申込書

チ ャ ム 名					(地区)
コ ー チ					
アシスタント・コーチ					
マネージャー					
No.	選 手 氏 名	年 齢	身 長	備 考	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
代表者住所	〒 _____				
代表者氏名		連絡先	自宅		
			携帯		
			F A X		
			PCアドレス		
帯同審判氏名				公認資格	
連絡先	自宅電話		携帯電話		
	F A X				
帯同審判氏名				公認資格	
連絡先	自宅電話		携帯電話		
	F A X				