

平成30年度 東北テニス協会強化クリニック

(ブリヂストンBSジュニアクリニック)

1. 主催 東北テニス協会
主管 東北テニス協会ジュニア委員会
2. 期 日 平成30年 12月25日（火） ～ 12月27日（木）
3. 会場・宿舎 チェリーナさがえ 屋内カーペットコート3面（内履き）
寒河江市大字寒河江字久保7番地 TEL0237-85-1800 FAX 0237-85-1801
チェリーパークホテル 宿舎
寒河江市大字寒河江字久保15番地の2 TEL. 0237-83-1511 FAX. 0237-83-3511
4. 指導者 ブリヂストンスポーツ㈱派遣コーチ及び東北テニス協会ジュニア委員、他
5. 役員 菅原 宏之（東北テニス協会ジュニア委員長）
6. 参加制限 24名（各県推薦14歳以下ジュニア 男女各2名）
7. 参加料 18,000円（当日徴収）
8. 申込先・締切 参加希望者は所定の申込用紙に必要事項を記入の上、所属の各県テニス協会へ各県テニス協会の指定の期日までに提出すること。各県テニス協会は申込書を取りまとめの上、山形県テニス協会へ平成30年12月2日必着でメールまたはFAXして下さい。
9. その他 ①大会期間中における負傷、事故等については応急処置をとりますが、その他については主催者加入傷害保険の範囲内とします。
②引率は各県協会、学校関係者または保護者が責任を負うものとします。
③初日はチェリーナさがえ15：50集合、最終日は昼食後16：00解散予定。
尚、列車時間等の都合により早く帰る場合は受付の際に申し出て下さい。
10. 会場案内 車 /山形自動車道寒河江SAスマートI.Cより約1分（会場宿舎間200m）
電車/JR寒河江駅より5分タクシー代1000円程度

東北テニス協会強化合宿

 ダンロップJrキャンプ JTA地域強化 BSクリニック

参加申込書

ふりがな 氏名			
生年月日 (西暦)	年 月 日生	年齢	満 歳
現住所	〒	TEL	
学校名		TEL	
所属団体		TEL	
緊急連絡先		TEL	

付記(指導者又は保護者記・日常生活で注意することやテニスで矯正したいところ等)

--

上記の者が標記行事に出場にあたり私に於いて一切の責任を負うことをここに誓約し参加申込み致します。

平成 30 年 月 日

保護者 又は引率者名 _____ 印 県協会 会長名 _____ 印

本合宿申込書に記載頂きました個人情報につきましては、年齢基準の確認及び大会に係わる諸連絡に使用致しますとともに、氏名・所属・登録番号につきましては、本大会のプログラムに掲載致します。また、氏名・所属・登録番号につきましては、日本テニス協会と各地域テニス協会及び都道府県テニス協会の大会資料として使用させて頂く他、テニスランキングに掲載し公開致します。更に、大会の記録として本協会の情報誌や記念誌等へ掲載させて頂きます。尚、その他の個人情報につきましては、本人の同意を得ることなく第三者に提供致しません。

連絡事項

BSクリニックは、下記の日程で実施します。
なお選手のスポーツ傷害の有無を診断するメディカルチェックを実施します。趣旨説明書
をご熟読の上同意いただければ、別紙「同意書」を持参下さい。

期 日 2018年12月25日(火)から27日(木)

会 場 チェリーナさがえ

〒991-0041 寒河江市大字寒河江字久保7番地

TEL0237-85-1800 FAX 0237-85-1801

チェリーパークホテル

〒991-0041 山形県寒河江市大字寒河江字久保15番地の2

TEL.0237-83-1511 FAX.0237-83-3511

指導者 田村伸也プロ(ブリヂストンスポーツ) 予定

スタッフ 原田幹生(日本テニス協会医事委員会 山形大学整形外科ドクター)

中野昌弘(ブリヂストンスポーツ)

佐藤悠貴・高内博之(東北テニス協会ジュニア委員)

他、現地スタッフ

日 程 25日(火) 15:50 現地集合:チェリーパークホテル(受付)

16:00-18:00 講義

18:30-20:00 夕食・風呂

20:00-21:00 講義

26日(水) 7:00-8:00 朝食

9:00-17:00 オンコート練習

17:30-19:00 夕食・風呂

19:30-21:30 メディカルチェック

27日(木) 7:30 朝食

9:00-17:00 ゲーム練習

(列車時間などに応じて13時以降は自由参加とします)

注意事項 ・集合時に参加費18,000円を徴収します。

・テニスシューズは内履きを用意して下さい。カーペットコートです。

・ホテルと会場は200mです。寒河江SAスマートIC下車50mが宿舎

緊急時連絡先 山形県テニス協会事務局 小倉勝利 090-6455-9876

『スポーツ検診』趣旨説明書

調査の趣旨：スポーツ外傷や障害のために思うように練習ができなくなり、スポーツパフォーマンスが下がります。また、痛みや機能障害が残ることもあります。私たちは、スポーツ外傷や障害を早期に発見し、より重症になることを防ぐために、スポーツ検診を行っております。アンケート調査、身体検査、筋力測定、超音波検査などの侵襲のない方法で検診を行います。スポーツ外傷や障害の疑われた選手にはその結果を伝え、医療機関への受診を勧めます。私たちは経過を調査し、医療機関での診断と治療の結果を確認します。スポーツ外傷や障害の発生要因を検討し、スポーツ外傷や障害の予防に役立てたいと考えております。

対象：テニス選手

調査内容：アンケート調査を行います。また、身体検査、筋力測定、超音波検査などの侵襲のない方法で検査を行います。個人情報が増えることがないように十分に配慮いたします。

以上の趣旨、内容をご理解いただき、スポーツ選手のご協力をいただいで検診を行いたいと考えております。

スポーツ検診の同意書

私は、『スポーツ検診』趣旨説明書の事項について内容を理解し、その趣旨に賛同いたします。この同意書に署名後でも、いつでもその承諾を撤回できることを確認した上で私自身の自由意志により調査に同意いたします。

平成 年 月 日

本人 _____

家族（保護者） _____

（続柄 _____）

住所：〒 _____

電話場号（自宅）： _____

保護者メールアドレス： _____