

ソニー生命カップ 第43回全国レディーステニス大会 福岡県予選開催要項

(チャレンジクラス) ※日程・県大会会場に変更ありご注意ください

チャレンジ大会は全国へ挑戦するにはまだ早いと感じている方やテニスを楽しみたい初心者の方の登竜門を目的とした大会です。日頃の成果を出せる場として沢山のエントリーお待ちしております。

日本女子テニス連盟福岡県支部

- 1 特別協賛 ソニー生命保険株式会社
- 2 主 催 (公財) 日本テニス協会・朝日新聞社
- 3 後 援 (公財) 日本スポーツ協会・日刊スポーツ新聞社・九州朝日放送
(公財) 福岡県スポーツ協会・北九州市・福岡県教育委員会・福岡県テニス協会
昭島市・昭島市教育委員会
- 4 主 管 日本女子テニス連盟 福岡県支部
- 5 協 賛 ヨネックス株式会社
- 6 開催日 2021年11月1日(月)～3日(水) 雨天順延



	11月1日(月)	11月2日(火)	11月3日(水)
北九州地区	予選リーグ (コンソレーション無)	県決勝大会 決勝トーナメント (地区予選予備日)	(予備日)
福岡地区	予選リーグ (コンソレーション無)	(地区予選予備日)	

- 7 会 場 北九州市立三萩野庭球場(砂入り人工芝) 北九州市小倉北区三萩野3-3-2 Tel093-951-39
春日公園テニスコート(砂入り人工芝) 春日市原町3-1-4 Tel092-573-4201
★地区大会は希望する会場に参加できます★日程が違うのでオープンとのWエントリー可
- 8 種 目 女子ダブルス チャレンジクラス (参加資格は下記の通り)
- 9 使用球 YONEX TOUR PLATINUM(ツアープラチナム)～第43回大会指定球
- 10 試合方法
 - ・1日目リーグ戦及びブロックリーグ決勝：6ゲーム先取ノーアドバンテージ
 - ・2日目決勝トーナメント：8ゲーム先取ノーアドバンテージ
 - コンソレーション(決勝トーナメント初戦敗退者対象)：6ゲーム先取ノーアドバンテージ
- 11 参加料 女子連会員1人 **2,300円**、非会員1人 **3,300円** ※本大会は「ワンコイン制度」の対象大会
★参加料は、当日大会会場でお支払い下さい。
- 12 申込み方法 申込書を郵送、またはHPより受け付けます。
HP申込みはこちらからの返信メールが届いて申込み成立になります。着信拒否設定に注意
HPは**大会名・希望会場他、申込書記載内容**を必ず書いてください。
戦績があれば書いてください。
- 14 申込み締切 **2021年9月28日(火) 午後5時** ※HPからも同じ

- 15 服 装 テニスウェア、テニスシューズを着用のこと （長ズボン・マスク着用可）
（ロゴに注意。「JTAルールブック2021」参照）
- 16 表 彰 ・ 1 位, 2 位, ベスト4のペア
※一部に変更が生じることがあります。ご了承ください。
表彰式にはテニスウェア、テニスシューズを着用して下さい。
- 19 そ の 他 ・ 本要項は天候などやむをえない事情により変更される場合があります
・ 大会当日37度以上熱のある方は自粛をお願いします。会場でも検温を行います。
・ コート以外ではマスクをご着用ください。3密にならないよう配慮をお願いします。
・ 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保険の範囲内とします
・ 本大会は「JTAルールブック2021」の規定に基づいて行います
・ 欠場の場合は必ず早めに届出をしてください
締め切り後の欠場は参加料が発生いたします
- 20 問合せ先 福岡会場： 近藤 弘美 Tel 090-4510-9503
北九州会場： 藤山 敦子 Tel 080-1737-8296

※ 添付資料の新型コロナウイルス感染防止対策についてをよく読み、確認書とともに

大会参加前14日間の健康チェック表の提出をお願いします。

また大会参加後14日間の健康チェック表を記入いただき個人で一カ月ほどの保管をお願い致します。

大会後14日以内に新型コロナウイルスに感染したすべての選手は当支部へ連絡をお願いいたします

ソニー生命カップ

第43回 全国レディーステニス大会

新型コロナウイルス感染症拡大防止対策について

新型コロナウイルス感染症拡大防止対策のため、大会関係者は下記の対応を遵守くださいますようご協力よろしく願いいたします。

大会開催前の対応について

- ☐ 都道府県のスポーツイベント開催方針を遵守してください。
- ☐ 大会関係者、ソニー生命のライフプランナー（ボランティア担当者）には、「新型コロナウイルス感染症についての確認書」の提出および「健康チェックシート」の提示について事前に説明を行ってください。
- ☐ 大会会場には「JTAテニストーナメント再開ガイドライン」を事前に共有のうえ、感染予防対策について協力要請をしてください。

大会当日の対応について

受付について

- ☐ 受付窓口には、手指消毒剤、体温計を設置をすること
- ☐ 発熱が軽度であっても咳・咽頭痛などの症状がある場合は入場しないよう呼び掛けをすること
- ☐ 参加者が距離をおいて並べるように目印の設置をすること
- ☐ 受付窓口スタッフは、フェイスシールド及びマスクを着用すること
- ☐ 大会関係者全員「新型コロナウイルス感染症についての確認書」を受付に提出すること
- ☐ 大会関係者全員「健康チェックシート」を受付に提示すること
- ☐ 大会参加者がマスクを準備しているか確認すること

大会参加選手 へのお願い

- ☐ ウォーミングアップ、試合中、食事中以外は、常時マスクを着用すること
- ☐ 試合中のマスクの着用は個人の判断によるものとする
- ☐ 試合の始めと終わりの挨拶は握手でない方法で行うこと
- ☐ チェンジエンドの際も対戦相手、パートナーとの距離を2メートル以上確保すること
- ☐ ラケットやボールなどプレイに必要なもの以外にはできるだけ手で触れないこと
- ☐ タオルは手が触れる面と顔に触れる面を使い分けること
- ☐ プレイ中は手で顔にふれるのを避けること
- ☐ テニス用具含め水筒などもパートナーや対戦相手と共有しないこと
- ☐ 咳、くしゃみの際は腕で口を覆い、唾や痰をはくことは極力おこなわないこと
- ☐ 試合後のミーティングや懇親会等の開催は避けること

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) についての確認書

選手および大会関係者は、当日受付窓口にご提出ください。

下記の「個人情報の取扱について」をご確認いただき、同意の上、ご記入ご提出をお願いします。

【大会名】 ソニー生命カップ 第43回全国レディーステニス大会

【提出日】 2021 年 月 日

* 氏名

* 所属クラブ

* 携帯番号

* ドロー番号

* 大会当日朝の体温 °C

* 大会前2週間における下記の事項の有無（どちらかに○を付けてください）

1) 平熱を超える発熱	有	無
2) 咳、のどの痛みなど風邪の症状	有	無
3) だるさ（けんたい感）、息苦しさなどの症状	有	無
4) 嗅覚や味覚の異常などの症状	有	無
5) 体が重く感じる、疲れやすい等の症状	有	無
6) 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触	有	無
7) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	有	無
8) 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	有	無

※ 新型コロナウイルス感染症拡大を防止し、皆様の安全を確保する為、上記に該当する方は参加の見合わせをお願いいたします。

☐ 新型コロナワクチン
接種による発熱

新型コロナワクチンを接種し、大会参加前14日の期間に37.5℃以上の発熱をした方は接種日を
ご記入ください。大会当日の朝までに発熱症状や体調不良の症状が無ければ参加を認めます。

1回目

月

日

2回目

月

日

<個人情報の取扱について>

本確認書は新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、大会参加者および大会関係者の健康状態を確認することを目的としています。
本確認書にご記入いただいた個人情報については、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためのみに利用します。
また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。大会会場にて感染症患者
またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に提供をすることがあります。 全国レディーステニス大会事務局

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) についての健康チェックシート

来場予定の全ての関係者(参加選手・関係者)は

①大会参加前14日、②大会期間中、③大会参加後14日、
それぞれ1枚毎に記入してください。

氏名		※無か有に○印を記入してください。						
		1	2	3	4	5	6	7
日付		/	/	/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状	のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸器症状	咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	息苦しさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
感覚	味覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体がだるい、重い、疲れやすい		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

		8	9	10	11	12	13	14
日付		/	/	/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状	のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸器症状	咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	息苦しさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
感覚	味覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体がだるい、重い、疲れやすい		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

健康状態およびチェックシートは個人で管理してください。

①大会参加前14日、②大会期間中のチェックシートは健康状態に問題がないか大会受付時に提示してください。

大会期間中、大会前後の期間中に発熱症状や体調不良の症状を認めた場合は、保健所等医療機関に連絡を取り指示に従う、合わせて大会本部(感染制御担当者:女子連各支部の支部長)に連絡をしてください。

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) についての健康チェックシート

来場予定の全ての関係者(参加選手・関係者)は
①大会参加前14日、②大会期間中、③大会参加後14日、
それぞれ1枚毎に記入してください。

氏名		※無か有に○印を記入してください。				
		1	2	3	4	5
日付		/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状	のどの痛み	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
呼吸器症状	咳	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	息苦しさ	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	胸痛	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
感覚	味覚障害	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
体がだるい、重い、疲れやすい		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

		6	7	8	9	10
日付		/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状	のどの痛み	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
呼吸器症状	咳	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	息苦しさ	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	胸痛	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
感覚	味覚障害	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
体がだるい、重い、疲れやすい		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

健康状態およびチェックシートは個人で管理してください。

①大会参加前14日、②大会期間中のチェックシートは健康状態に問題がないか大会受付時に提示してください。

大会期間中、大会前後の期間中に発熱症状や体調不良の症状を認めた場合は、保健所等医療機関に連絡を取り指示に従う、合わせて大会本部(感染制御担当者:女子連各支部の支部長)に連絡をしてください。

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) についての健康チェックシート

来場予定の全ての関係者(参加選手・関係者)は
①大会参加前14日、②大会期間中、③大会参加後14日、
それぞれ1枚毎に記入してください。

氏名		※無か有に○印を記入してください。						
		1	2	3	4	5	6	7
日付		/	/	/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状	のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸器症状	咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	息苦しさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
感覚	味覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体がだるい、重い、疲れやすい		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

		8	9	10	11	12	13	14
日付		/	/	/	/	/	/	/
		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状	のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸器症状	咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	息苦しさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	胸痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
感覚	味覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体がだるい、重い、疲れやすい		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

健康状態およびチェックシートは個人で管理してください。

①大会参加前14日、②大会期間中のチェックシートは健康状態に問題がないか大会受付時に提示してください。

大会期間中、大会前後の期間中に発熱症状や体調不良の症状を認めた場合は、保健所等医療機関に連絡を取り指示に従う、合わせて大会本部(感染制御担当者:女子連各支部の支部長)に連絡をしてください。

ソニー生命カップ第43回全国レディーステニス大会〈福岡県大会〉参加申込書

注 意 ・ 格書でいいいに記入して下さい。
・ 女子連会員で住所、電話番号に**変更のない方**は太枠内のみ記入してください。
・ 女子連会員外の方は参加資格に関わりますので、もれなく記入してください。

必ず記入を

・ できるだけ団体（クラブなど）でまとめて申し込んでください。
・ 年齢（※）は、2021年12月末日現在の年齢を記入してください。

No.	出場クラス	氏名(フリガナ)	所属クラブ	大会を知ったきっかけ	生年月日(西暦)	年齢	住 所	TEL	戦績
1	・オープン			A.女子連HP B.友人知人からの紹介 C.朝日新聞 D.ソニー生命HP E.ルネサンスでの告知 F.大会ポスター [掲示場所: G.その他(具体的に)]	年	※	〒		
	・チャレンジ				月	日			
	・ニュージエネ			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
	いずれかに				月	日			
2	・オープン			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
	・チャレンジ				月	日			
	・ニュージエネ			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
					月	日			
3	・オープン			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
	・チャレンジ				月	日			
	・ニュージエネ			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
					月	日			
4	・オープン			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
	・チャレンジ				月	日			
	・ニュージエネ			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
					月	日			
5	・オープン			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
	・チャレンジ				月	日			
	・ニュージエネ			A B C D E F [掲示場所: G(具体的に) []	年	※	〒		
					月	日			

下記の利用目的のために、お預かりした個人情報の全ての項目、および肖像を、当事務局の適正かつ安全管理のもとで、当該企業や施設等に対し提供する場合があります。◆新聞・テレビ・雑誌等の報道機関が選手を撮影・取材し、それを大会に関連する報道のために放送または掲載する場合。◆主管の日本女子テニス連盟や大会主催者の公認したカメラマン、および特別協賛社のソニー生命保険(株)が選手を撮影・取材し、大会に関連する広報物全般および広告物全般、ホームページ、Facebook、会社案内やディスクロージャー誌などに使用する場合。◆参加選手に対し、主管の日本女子テニス連盟や特別協賛社のソニー生命保険(株)が有益な情報その他をご提供するためのアンケート等をお願いをする場合など。◆その他、損害保険加入や宿泊手配、副賞発送等、大会事務局が運営上必要と判断した場合。
本申込書をご提出いただいた時点で、上記利用に関してご承認いただいたものとみなします。ご承認いただけない場合やその他のお問い合わせは、下記までお願いいたします。
(株)朝日広告社内 全国レディーステニス大会事務局:03-3547-5505(10:00~17:00/※土日祝休み)
※(株)朝日広告社は、主催者からソニー生命カップ第43回全国レディーステニス大会の企画・実施・運営に関する全ての業務を委託されています。