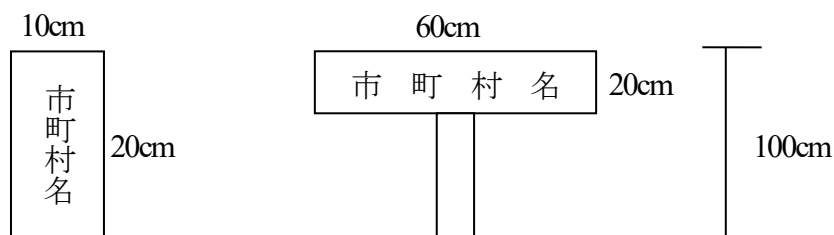


空 手 道 競 技

日 時	令和4年7月17日(日) 集 合 午前 9時30分 審判会議 午前 9時30分 開 始 式 午前10時00分 競技開始 午前10時30分
会 場	サン町田旭体育館 町田市旭町3-20-60 TEL 042-720-0611
主 管	一般財団法人町田市体育協会・町田市空手道連盟
競技種目	男子団体組手 3人制
チーム編成	監督1名・選手5名・計6名
競技規定	(公財)全日本空手道連盟組手競技規定及び細則ならびに同審判規定及び細則による。
競技方法	(1)団体戦トーナメント方式によって行う。 (2)競技は6ポイント差の勝負とする。 (3)競技時間は2分とする。 (4)3位決定戦は行わない。
参加資格	大会実施要項参照
参加申込	大会実施要項参照
表 彰	大会実施要項参照
審 判 団	(公財)全日本空手道連盟公認審判資格保有者(地区審判員以上)で、東京都の市町村所属審判員を以って編成する。
組み合わせ	主管市において事前に厳正なる組み合わせを行い、各団体に競技説明とともに通知する。
注 意 事 項	(1)参加者は左胸に市町村名の入った胸マークを全面糸で縫い付けること。【※1】 (2)胸マークは白地に黒書とし、チームで統一すること。 (3)監督は市町村名の下に赤字で「監督」の表示をすること。 (4)参加者は、必ずメンホー+メンホー用口元シールド、赤帯・青帯、拳サポーター、ファールカップ、インステップガード、シンガード、胴プロテクターを着用のこと。 (5)健康保険証を必ず持参すること。 (6)参加市町村は、プラカードを持参すること。【※2】 (7)ゴミ等は各自責任をもって持ち帰ること。 (8)駐車場がないため、公共交通機関を利用すること。



【※1】胸マーク

【※2】プラカード

問 合 せ 先 町田市空手道連盟 小山 昇
TEL 042-854-8164 (携帯090-9387-7058)

空 手 道 競 技 申 込 書

市町村名	
------	--

監 督	ふりがな 氏 名		電 話	
	住 所			
連 絡 員	ふりがな 氏 名		電 話	(自)
	住 所			
	メー ル			

No.	ふ り が な 氏 名	年 齢	保 険	住 所 (自宅)	
				勤務先名	勤務先住所
1					
2					
3					
4					
5					

- (注) 1 黒のボールペン又は黒ペンで、正確に楷書で記入すること。
 2 勤務先欄は、住所（自宅）が出場する市町村と異なる場合のみ記入すること。
 3 スポーツ傷害保険の加入の有無を記入すること。（加入○ 未加入×）

令和 年 月 日

第54回東京都市町村総合体育大会会長 様

上記の者を 第54回東京都市町村総合体育大会実施要項の規定に適格と認め、参加申込みをいたします。

_____ 体育・スポーツ協会会長 _____ 印