

平成30年度彩の国ふれあいピックバスケットボール大会実施要領
(第31回県民総合体育大会兼第17回埼玉県障害者スポーツ大会・ピノキオカップ)

1 目 的

スポーツを通じて障がい者の体力の維持、増進、並びに心身のリフレッシュを図るとともに、親睦を深め、障がい及び障がい者に対する理解及び障がい者スポーツの振興を図ることを目的とし、彩の国ふれあいピックを開催する。

2 名 称

平成30年度彩の国ふれあいピックバスケットボール大会
(第31回県民総合体育大会兼第17回埼玉県障害者スポーツ大会・ピノキオカップ)

3 主 催

埼玉県、埼玉県教育委員会、公益財団法人埼玉県体育協会、
一般社団法人埼玉県障害者スポーツ協会

4 共 催

さいたま市

5 運 営

一般社団法人埼玉県障害者スポーツ協会、埼玉県障がい者バスケットボール連盟

6 後 援

公益社団法人埼玉県手をつなぐ育成会

7 協 力

一般社団法人埼玉県バスケットボール協会、埼玉県特別支援学校体育連盟
埼玉県立上尾南高等学校女子バスケットボール部
埼玉県立大宮光陵高等学校男子・女子バスケットボール部
埼玉県立大宮東高等学校男子バスケットボール部

8 期日・会場

*チャンピオンシップの部・フレンドシップの部の日程、会場が異なりますのでご注意ください
△印 一部の試合を組みます。

期日	チャンピオンシップ	フレンドシップ	会場
H31. 2/24 (日)	△	○	彩の国くまがやドーム体育館 熊谷市大字上川上 300
H31. 3/3 (日)	○		上尾運動公園 体育館
H31. 3/10 (日)	○	△	上尾市愛宕 3-28-30

9 参加資格

次のすべての条件を満たす選手により構成するチームとする。

- ① 平成30年4月1日現在、13歳以上の知的障害者
- ② 厚生事務次官通知（昭和48年9月27日厚生省発児第156号）による療育手帳の交付を受けた者。あるいは、その取得の対象に準ずる障害のある者。
- ③ 県内に現住所を有する者、または埼玉県内の施設・学校等に入所・通所、通学している者。

10 競技区分

競技区分は次の3区分とし、申込時にいずれかの区分を選択するものとする。

- ① チャンピオンシップ男子の部（ピノキオカップ）
- ② チャンピオンシップ女子の部（ピノキオカップ）
- ③ フレンドシップの部（バレンタイン♡リーグ）

※ エントリーについては、各部1チームのみとし、同部に複数のエントリーは認めません。

11 日程

	2/24 フレンド・チャンピオン	3/3 チャンピオン	3/10 チャンピオン・フレンド
役員集合	8:05	8:35	8:35
チーム受付	8:40～	8:45～	8:45～
総合開会式	11:45		
開始式		9:20*放送	
競技開始	9:15	9:45	9:45
競技終了	16:30	17:20	15:45
閉会式			15:50

12 競技方法

- ① チャンピオンシップ

出場全チームによるトーナメント戦とする。

- ② フレンドシップ

出場チームによるリーグ戦とする。ただし、出場チーム数により数ブロックに振り分けることもある。

13 競技規則

別紙 監督会議用資料（競技規則他）参照

14 表彰

チャンピオンシップ男子の部およびチャンピオンシップ女子の部のそれぞれ1位～3位のチームに楯と賞状を授与する。また、1位のチームには、埼玉県手をつなぐ育成会理事長杯を授与する。

15 参加費

チャンピオンシップの部 1チーム 5,000円（傷害保険料を含む。）

フレンドシップの部 1チーム 3,000円（傷害保険料を含む。）

※ 監督会議で参加費を納めてください。

16 監督会議

大会事務局、出場申込みのあったチームの監督者による打合せ会議を次のとおり開催する。

① 日時 平成31年1月25日（金）午後6時30分～

② 場所 埼玉県障害者交流センター 1階 ホール

③ 内容 ア 組合せ抽選

イ 競技規則等の確認

ウ 参加費の徴収（受付時）

エ その他

17 申込み方法

① 所定の申込様式1に必要事項を記入のうえ、大会事務局あてに平成31年1月15日（火）必着で申し込んでください。FAXの場合は、確認の電話をお願いします。

② 申込様式2（選手名簿）は平成31年2月8日（金）までにご提出ください。申込様式2については、プログラム作成を円滑に進めるため、電子データでの提出をお願いします。（E-mail可）

電子データ様式は、一般社団法人埼玉県障害者スポーツ協会ホームページからダウンロードしていただくか、E-mailにてお問い合わせください。

なお、データ入力の難しい場合は、例年通り書面で構いません。

③ 選手名簿他の記入にあたっては、プログラムに反映されますので、出来るだけ正確に記入してください。

④ フレンドシップの部で19人以上の登録者がいる場合は、申込書をコピーし選手氏名関係のみご記入ください。

18 全国障害者スポーツ大会代表選手選考

本大会は第19回全国障害者スポーツ大会関東ブロック地区予選会埼玉県代表選手候補者及びさいたま市代表選手候補者の選考対象大会です。

埼玉県代表を希望、さいたま市代表を希望、希望無し（大会参加のみ）のいずれか1つを選定してください。埼玉県代表は埼玉県内（さいたま市を除く）に現住所を有する者、さいたま市代表はさいたま市内に現住所を有する者が希望することができます。ただし、施設や学校等に入所及び通所並びに通学している者は、その所在地の代表を希望することもできます。

平成31年4月1日以降、卒業等で変更が生じる可能性がある者についてはご留意ください。

19 傷害保険の加入

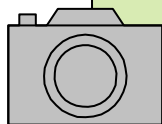
主催者において、参加者を被保険者とした普通傷害保険（レクリエーション保険）に加入する。

<補償内容>

通院時：1日1,500円、入院時1日3,000円、死亡時300万円

20 その他

- ① ユニフォーム（ゼッケン）等は、できるだけチームで用意してください。
- ② 引率責任者は、選手を引率し、チームすべての行動に対して責任を持ってください。
- ③ 大会中の疾病・傷害などの応急処置は主催者側で行います。ただし、その後の処置についての責任は負いません。なお、参加者は保険証を持参してください。
- ④ チーム協力員
各参加団体より、1人以上の協力員を出してください。ご協力いただく内容は、朝の会場設営と競技終了後の会場撤収です。
- ⑤ フレンドシップの部審判協力役員・TO協力役員
フレンドシップの部の審判・TOの協力役員を募集しています。



大会で撮影する写真等は、障害者スポーツに関する広報用として使用する場合があります。選手の方はご了承のうえ、大会に参加されますようお願い申し上げます。

申込・問合せ先(大会事務局)

一般社団法人埼玉県障害者スポーツ協会

〒330-8522

さいたま市浦和区大原3-10-1 埼玉県障害者交流センター内

T E L 048-822-1120(平日)

F A X 048-822-1121

E-mail 2004@sainokuni-sasa.or.jp

HP <http://sainokuni-sasa.or.jp>