

第 36 回全日本歯科医師テニス大会のご案内

I 大会要項

- (1) 日 時 2016 年 11 月 19 日 (土)、20 日 (日)
受付 8:30~ 開会式 9:00~ 試合開始 9:20~
※ 少雨決行、また試合形式を変更することもあります。
- (2) 会 場 浦安総合公園テニスコート
砂入り人工芝 20 面 (屋外)
〒702-8024 岡山県岡山市南区浦安南町 493-2/TEL 086-264-8104
- (3) 試合方式 ラウンドロビン方式による予選リーグ戦と決勝トーナメント
6 ゲーム先取 (5-5 12P タイブレイク) セミアドバンテージ
但し、エントリー数により変更あり
- (4) 種 目 19 日 (土) 45 歳以上・65 歳以上・75 歳以上 男子ダブルス
ミックス 110 歳未満・ミックス 110 歳以上
20 日 (日) 一般・55 歳以上・70 歳以上 男子ダブルス
女子ダブルス
※両日とも一日一種目のみのエントリーとします
- (5) 参加資格 男子・女子ダブルス：ペアともに歯科医師
ミックスダブルス：夫婦・家族ペアはいずれかが歯科医師
夫婦・家族以外の場合は共に歯科医師
※ いずれの種目もペアのいずれかが日歯会員であること
※ ただし、ミックスにエントリーした女子で、女子ダブルス
にエントリーする場合は、日歯会員の在否を問わない。
※ 年齢基準は 2016 年 12 月 31 日時点での満年齢とする
- (6) 使用球 ダンロップフォート
- (7) 参加費 1 ペア 1 種目につき 20,000 円

II 懇親会

- (1) 日時 19 日 (土) 19:00~21:00
(2) 場所 「アカバナ」岡山市北区表町 3-1-26/TEL 086-231-5080
(3) 会費 5,000 円 (参加申込と同時に振込をお願いします)

III 都道府県代表者会議

- (1) 日時 2016 年 11 月 20 日 (日) 8:40~
(2) 場所 クラブハウス 2F
※事前に出席者を募ります。

IV 問い合わせ先

〒700-0903 岡山市北区幸町 6-26 大村歯科医院 大村満晴
TEL 086-223-1519 FAX 086-223-1519
〒709-0442 和気郡和気町福富 616-1 武内歯科医院 武内典之
TEL 0869-93-0118 FAX 0869-93-3777

V 参加申し込み方法

申込先 **FAX/0869-93-3777** 事務局 武内歯科医院 武内典之

VI 参加費のお支払い方法

※銀行振込でお願いします

<p>【銀行振込】 銀行名：中国銀行 ^{ワケ}和気支店 店番：134 預金種目：普通 口座番号：1423221 口座名：第36回全日本歯科医師テニス大会 会計 武内典之</p>

VII 申し込み締め切り 平成 28 年 7 月 28 日

申し込み、入金を確認後、大会事務局から申し込み責任者へ参加の確認書と宿泊案内を **JTB 岡山支店**より送付します。

※8月1日を過ぎても連絡がない場合は大会事務局までお問い合わせ下さい。

VIII 取り消し・変更について

取り消し・変更が生じた場合は「取り消し・変更届け用紙」に記入の上、7月28日までに **FAX** で武内までご連絡ください。

なお取り消しにつきましては参加費の返金はできませんのでご了承ください。

IX スポーツマッサージのご案内

(公社)岡山県鍼灸師会様のご協力によりケアステーションを開設し、鍼やスポーツマッサージ、テーピングによる障害の予防と治療を行います。コンディショニング向上やケガの予防、疲労回復にぜひお役立てください。

第 36 回全日本歯科医師テニス大会参加申込書

- ・ 参加種目を○で囲んでください
- ・ 二人一組でお申し込みください
- ・ 申し込み責任者をプレーヤー1にご記入ください
- ・ 一日一種目に限りです
- ・ 19日(土)懇親会参加希望の方は最下段の「する」に○を付けてください

19日(土)

45歳以上男子 ・ 65歳以上男子 ・ 75歳以上男子 ミックス 110歳未満 ・ ミックス 110歳以上
--

20日(日)

一般男子 ・ 55歳以上男子 ・ 70歳以上男子 ・ 女子

	プレーヤー1	プレーヤー2
フリガナ		
参加者氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住 所	〒 -	〒 -
TEL	()	()
FAX	()	()
携帯	()	()
E-mail	@	@
所属歯科医師会		
懇親会参加	する ・ しない	する ・ しない

※19、20日共に参加し、ペアの異なる場合は用紙をコピーして2通FAXしてください

[誓約事項] 私とパートナーは参加資格(制限)を含む大会募集要項の記載事項すべてに同意し、参加を申し込みます。また、大会期間中における事故や怪我については、主催者が加入する保険の範囲内での保証とし、それ以外については主催者及び大会関係者に一切責任を問わないこととします。

署名 _____ ⑩ 2016年 月 日 _____

第 36 回全日本歯科医師テニス大会取り消し・変更届け用紙

変更される項目に○を付けてください

記載事項の変更 ・ 参加種目の変更 ・ 参加中止

※申し込み責任者（プレーヤー1）の記載は必須です

	プレーヤー1	プレーヤー2
フリガナ		
参加者氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住所	〒 -	〒 -
TEL	()	()
FAX	()	()
携帯	()	()
E-mail	@	@
所属歯科医師会		
通信欄		

- ・ 記載事項変更の場合は変更事項のみ記入してください。
- ・ 種目の変更 _____ → _____
- ・ 参加中止：不参加種目に×を付けてください

19日（土）

45歳以上男子 ・ 65歳以上男子 ・ 75歳以上男子
ミックス 110歳未満 ・ ミックス 110歳以上

20日（日）

一般男子 ・ 55歳以上男子 ・ 70歳以上男子 ・ 女子