

各剣道道場・団体の長 様

青森県剣道連盟
会長 増田知幸
(公印省略)

「第17回全日本都道府県対抗少年剣道優勝大会(9/18大阪市)県予選会」のお知らせ

上記大会を開催しますので、各道場・団体ごとに参加選手を取りまとめの上お申込みください。
なお、今年度も新型コロナウイルス感染予防のため、「錬成会」は行わないこととします。

記

- 1 日 時 令和4年6月12日(日) 9時開館 9時15分受付 9時30分開会式
- 2 場 所 マエダアリーナ・サブアリーナ(青森市宮田字早瀬22-2)
※駐車場は第一駐車場(正門入り左側・国道側)のみのご利用となります。
- 3 共 催 青森県剣道道場連盟
- 4 大会委員長 青森県剣道連盟 少年指導部長 剣道教士七段 山田真太郎
- 5 試合内容等 (1)各道場5名までの5・6年生男女混合による個人試合とします。
(2)トーナメント方式でベストエイト8名を選出します。
(3)その8名で決勝リーグ戦を行い、1位から8位までの順位を確定します。
(4)確定した1位から5位までの選手を、青森県の代表選手候補者とします。
- 6 参加費 一人2,500円(国体協力金1,000円を含みます)
大会当日受付時に、各道場・団体ごとにまとめて納入ください。
- 7 申込締切日 令和4年5月25日(水)までに大会事務局へご郵送ください。
〒030-0851 青森市旭町1-3-17 立田勇将 宛
※各道場から審判員の協力をしていただきたいので、
申込書に審判員協力者のお名前もご記入ください。
- 8 体調管理及び新型コロナウイルス感染予防
(1)入館する全ての方は、全員マスクを着用し、当日受付で健康観察票を提出してください。
(2)「スポーツ安全保険」などへの加入など、安全対策を必ず講じてください。
(3)受付時の検温で、37.5度以上ある方は、入館及び大会参加もできません。
(4)大会は、全剣連、青森県及び青森市の感染予防対策に従い、無観客で行います。
- 9 その他
(1)①竹刀の弦・中結いが緩んでいないこと。②面紐の長さは40センチ以下であること。
③面は肩関節を保護する長さがあること。④小手は前腕部の2分の1以上を保護する長さ
であること。⑤剣道着は肘関節を保護する長さであること。
(2)試合者は、鼻と口を覆う面マスク及び口元を覆うマウスシールドを着用すること。
(3)各道場から、2~3名の試合場係員のご協力をお願いします。

第17回全日本都道府県対抗少年剣道優勝大会県予選会申込書

申込期日 令和4年5月 日

道場・団体名	
責任者氏名	
連絡先	

1 参加選手

	ふりがな 氏名	性別	学年	昨年度からの剣道大会成績
1				
2				
3				
4				
5				

2 引率者・審判員協力者

	ふりがな 氏名	性別	年齢	審判に協力する ○印	称号・段位
1					
2					
3					
4					
5					

3 試合場係員協力者

1		2		3	
---	--	---	--	---	--

※5月25日までにご郵送ください。

健 康 観 察 票

第 1 7 回 全 日 本 都 道 府 県 対 抗 少 年 剣 道 優 勝 大 会 県 予 選 会

道場・団体名	
責任者氏名	
連絡先	

1 ①当日朝自宅での体温 _____ 度	②受付時の検温 _____ 度	
2 ワクチン接種 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 済み 最終接種日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 回目		
3 過去2週間以内に		
・発熱、せき、のどの痛み、体調不良、倦怠感がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・新型コロナウイルス感染症の陽性判定者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・同居人や身近な知人に感染が疑われる人がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・政府が観察期間を必要とする国や地域への渡航・移動、または、当該在住者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名		
1 ①当日朝自宅での体温 _____ 度	②受付時の検温 _____ 度	
2 ワクチン接種 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 済み 最終接種日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 回目		
3 過去2週間以内に		
・発熱、せき、のどの痛み、体調不良、倦怠感がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・新型コロナウイルス感染症の陽性判定者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・同居人や身近な知人に感染が疑われる人がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・政府が観察期間を必要とする国や地域への渡航・移動、または、当該在住者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名		
1 ①当日朝自宅での体温 _____ 度	②受付時の検温 _____ 度	
2 ワクチン接種 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 済み 最終接種日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 回目		
3 過去2週間以内に		
・発熱、せき、のどの痛み、体調不良、倦怠感がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・新型コロナウイルス感染症の陽性判定者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・同居人や身近な知人に感染が疑われる人がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・政府が観察期間を必要とする国や地域への渡航・移動、または、当該在住者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名		

選手・引率者・審判員など不足分をコピーしてご使用ください。