

## 2022年度 佐賀県 U16 育成センター開催要項

1. 主 催 一般社団法人 佐賀県バスケットボール協会

2. 事業名 2022年度 佐賀県 U16 育成センター

3. 目的

将来を見据えた「個」の育成を基本方針とし、その土台となる技術・戦術・トレーニングの指導を行う。定期的に良い育成環境(練習環境・指導環境)を提供し、系統性のある強化を行ない、個を大きく育てる。合わせて指導者の研鑽の場として活用する。

4. 期 日 令和4年10月 6日(木) 19:30～21:00 佐賀北高校  
10月13日(木) 19:30～21:00 佐賀北高校  
10月20日(木) 19:30～21:00 佐賀北高校  
11月10日(木) 19:30～21:00 佐賀北高校  
11月17日(木) 19:30～21:00 佐賀北高校  
11月20日(日) バスケットボールフェスティバル 吉野ヶ里町文化体育館  
令和5年 3月21日(火) 13:00～15:00 佐賀北高校  
(場所・時間は変更になる場合がございます。)

5. 参加費 1,000 円(全日程分) 練習会の初日に徴収させていただきます。

6. 参加選手

※以下の①～④のすべてに該当する選手、もしくは①③④を満たし U15 部会から推薦を受けた選手

- ① 令和4年度高校1年生の早生まれ、中学3年生
- ② 2022年度前期縦割り練習会参加した選手
- ③ 県代表を目指し意欲的に参加できる選手
- ④ 個人で傷害保険に加入している選手

7. 申し込み方法

対象選手の在籍する学校の顧問に要項と参加申込書を送信します。参加申込書に必要事項を記入の上、顧問(チーム責任者)が事前にメールにて佐賀県 U16 育成センター担当に申し込みをお願いいたします。 ※申し込みについては、保護者の同意と傷害保険への加入を必要とします。

<申し込み先> ※締め切り：令和4年9月30日(金)の17:00まで  
U16 女子担当者宛 E-mail: [muto-hiroki-a@education.saga.jp](mailto:muto-hiroki-a@education.saga.jp)

## 8. 備 考

- ① 学校行事、全国大会、それに準ずる公式戦の予選等と日程が重複した場合は優先できますので、必ず欠席のご連絡を頂きますようお願いいたします。
- ② 欠席の連絡は事前に顧問（チーム責任者）を通じて下記担当者をお願いいたします。
- ③ 飲料、ボールは各自持参してください。
- ④ 練習会場への移動は保護者の責任のもとで各自行ってください。
- ⑤ お申込みいただいた個人情報、本事業の諸手続き及び連絡のためだけに利用するものであり、他の目的に利用することはありません。
- ⑥ 練習参加当日に会場受付にて参加申込書（原本）、問診票、体温チェックシート、保護者同意書を必ず提出してください。項目の「ある（いる）」にチェック✓のある方は、感染症予防の観点から参加をご遠慮いただきます。

## 9. 注 意 事 項

- ① 厚生労働省・スポーツ庁・日本バスケットボール協会（以下 JBA）・佐賀県・県教委などが定める『新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止への対応について』、会場校からの注意事項を遵守ください。
- ② 会場内ではマスクの着用をお願いいたします。ただし、運動時にはマスク着用の必要はありません。時前に各自着替え・準備運動を終えておくようお願いいたします。アルコール消毒は基本的に各自で持参してください。
- ③ ビデオ・写真撮影につきましては認めておりませんのでご協力の程宜しくお願い致します。
- ④ 当日受付での検温にて 37.5 度以上の場合は入場をご遠慮いただきます。コロナウイルス拡散防止の為、練習会前後に濃厚接触者と認定された場合、または、その疑いがある場合は直ちに委員長に連絡してください。
- ⑤ 育成センター事業では参加費を徴収します。（JBA「都道府県育成センター活動における方針について」を参照）今回の育成センターの参加費は全日程分のものとなりますが、様々な事情により練習会のキャンセル等があった場合も返金いたしかねますのでご了承ください。

連絡先：（一社）佐賀県バスケットボール協会  
U16DC 女子担当：武藤 広樹  
TEL：090-7460-7734  
Email：muto-hiroki-a@education.saga.jp  
強化委員会委員長：中村 洋介  
TEL：090-1089-8529

## 2022年度 佐賀県 U16 育成センター参加申込書

<参加選手>

(ふりがな) .....

参加者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

JBA メンバーID \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身 長 \_\_\_\_\_ c m 体 重 \_\_\_\_\_ k g ポジション \_\_\_\_\_

令和4年度所属学校名 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_

顧問 (チーム責任者) 氏名 \_\_\_\_\_

顧問 (チーム責任者) 連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

※確認事項 (下記の内容を確認し、チェックを入れて下さい)

☐ 上記選手の事業への参加について保護者の同意を得ている。

☐ マルフアン症候群に関する注意事項について確認している。

☐ 各自で傷害保険に加入している。

**2022年度 佐賀県育成センター 練習会**  
問診票(緊急連絡カード)

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

緊急時、カードに記載されている情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

**本人情報**

|              |  |       |                             |    |    |
|--------------|--|-------|-----------------------------|----|----|
| ふりがな         |  | 性別    | 血液型                         |    |    |
| 氏名           |  | 男 ・ 女 | A ・ B ・ O ・ AB 型<br>(RH+/-) |    |    |
| 生年月日<br>(西暦) |  | 身長    | cm                          | 体重 | kg |

**医療情報**

|                                        |                                               |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 運動中、運動後にこれらの症状を起こしたことがあれば、「○」印をつけてください | 失神 ・ 意識障害 ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ 脈の不整<br>動悸 ・ めまい ・ 痙攣 |
| 食物アレルギー                                | 無 ・ 有<br>(食物名: _____)                         |
| 薬アレルギー                                 | 無 ・ 有<br>(薬名: _____)                          |
| 常用している薬                                | 無 ・ 有<br>(薬名: _____)                          |
| 現在治療中のケガや病気                            | 無 ・ 有<br>(傷病名: _____)                         |
| 今までにかかった病気やケガ                          | 無 ・ 有<br>(傷病名: _____)                         |
| 手術をしたことは?                              | 無 ・ 有<br>(傷病名: _____)                         |
| その他伝えたい事                               | 無 ・ 有                                         |

**緊急連絡先**

| 氏名 | 電話 | 住所 | 本人との関係 |
|----|----|----|--------|
|    |    |    |        |
|    |    |    |        |
|    |    |    |        |

様式 1

保護者同意書

(一社)佐賀県バスケットボール協会 祖岩 亨道 様

私は下記の者が（一社）佐賀県バスケットボール協会が定めるコロナウイルス感染症対策基本方針に則り開催される「令和4年度佐賀県育成センター練習会」に参加することに同意します。

| 学校名 | 生徒氏名 | 学 年 |
|-----|------|-----|
|     |      | 年   |

令和 年 月 日（記入年月日）

保護者または後見人等の氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署の場合、押印不要

## U16佐賀県育成センター 練習会

### 新型コロナウイルス感染症についての事前体調チェックシート

・本チェックシートは新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、御参加の皆様のご健康状態を確認することを目的としています。

・本チェックシートに御記入の個人情報につきましては、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な御連絡のためにのみ利用します。また、佐賀県個人情報保護条例等の法令において認められる場合を除き御本人の同意を得ずに第三者に提供致しません。（会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発○された場合に必要範囲で保健所等に提供することがあります。）

☐ 個人情報の取得・利用・提供に同意する。（☐にチェックを入れて下さい。）

各項目の「ない（いない）」か「ある（いる）」のいずれかにチェック✓を記入してください。

| No. | 確認項目                                                                     | チェック                         |                             |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1   | 過去5日間に新型コロナウイルス感染症の陽性者との接触歴                                              | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある |
| 2   | 5日以内に発熱症状（37.5度以上）                                                       | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある |
| 3   | 息苦しさ（呼吸困難）                                                               | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある |
| 4   | 強いだるさ（倦怠感）                                                               | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある |
| 5   | 味を感じないこと（味覚障害）、又は臭いを感じない（嗅覚障害）こと                                         | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある |
| 6   | 咳の症状、咽頭痛                                                                 | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある |
| 7   | 過去5日間以内に、同居してる者で医療機関を受診して新型コロナウイルス感染症の罹患が疑われ、かつ、その疑いが否定されていないまま症状が続いている者 | <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる |
| 8   | 過去5日間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域等の在住者との濃厚接触                       | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> ある |

選手ご氏名

保護者ご氏名

連絡先（電話番号）

※この用紙に御記入の上、受付時に御提出ください。

※上記項目の「ある（いる）」にチェック✓のある方は、感染症予防の観点から御参加をお控えください。

## 「マルファン症候群に関する注意」

マルファン症候群の外見上の特徴は高身長です。したがって、長身者の多いバスケットボール選手においては注意が必要です。

マルファン症候群は、体の組織を支えたり、力を伝達する結合組織(骨格、眼、心血管など)に異常をもたらし、将来、大動脈解離(大動脈血管壁の一部が裂ける)等による突然死の原因になる心大血管異常を引き起こす危険性を持っています。心大血管異常は、強度の強い運動を続けることにより増悪するといわれています。また、他の組織も衝撃に弱いために、バスケットボールのような体のぶつかるスポーツは回避すべきとされています。

したがって、日本バスケットボール協会では、選手選考に際して、マルファン症候群またはその類縁疾患の診断がある、もしくはその可能性がある場合、医師との協議を必須としており、その結果、参加が認められないこともあります。

以下の項目を確認し、当てはまる場合、専門科(年齢により循環器内科または小児(循環器)科)の受診をお勧めします。(\*判断に迷われた際は、まず、一般内科医へのご相談をお勧めします)

- マルファン症候群、若年での大動脈疾患、若年での突然死の家族歴がある。
- 心大血管疾患の既往歴があり、最近2年以上検査を受けていない。
- マルファン症候群を疑われ過去に検査を行い問題なかったが、3年以上経過してしる。
- **水晶体脱臼**の既往歴や手術歴がある。
- 高身長(痩せ型)、長四肢、長指趾、**漏斗胸**、**鳩胸**、明らかな側弯症、
- 下記の簡便な身体所見が複数あてはまる。
  - \* **指極間距離**〔図 A〕: 指極 (arm span) / 身長が 1.05 を超えると陽性
  - \* **サムサイン (Steinberg 母指徴候)**〔図 B〕: 母指を曲げて掌の中に握りこんだ際に、母指の先端の爪の部分が完全に飛び出す場合を陽性
  - \* **リストサイン (Walker-Murdoch 手首徴候)**〔図 C〕: 親指と小指で反対側の手首を握ると小指の末節骨まで完全に親指を重ね合わせることが可能な場合を陽性

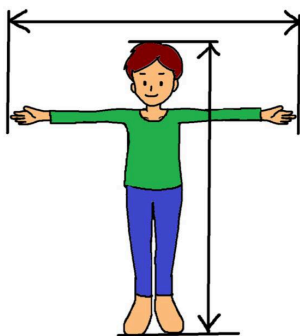


図 A



図 B

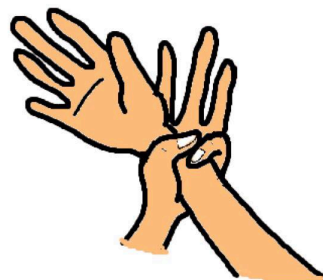


図 C

\* 詳細は日本マルファン協会ホームページ <http://www.marfan.jp> をご参照ください。

なお、マルファン症候群は、早期発見、早期治療により健常人と同様な生活を送ることができるようになってきており、軽症の場合、医師の適切な管理の元で、経過を見ながらクラブ活動が続けることも可能です。診断された場合には、上記専門科に相談されることをおすすめします。