

## 2023年度 佐賀県U16育成センター(DC)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 2023年度 佐賀県U16育成センター(DC)男子

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。2024佐賀国スポに向けて県全体としての競技力向上を目指す。

4. 期 日

令和5年10月26日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
11月2日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
11月9日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
11月16日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
11月30日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
12月7日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
12月14日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
令和6年2月22日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
3月14日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校
3月21日(木)	19:30~21:00	佐賀北高校

(場所・時間は変更になる場合があります。)

※上記練習会以外にも、他チームとの練習試合や外部から講師を呼んでのクリニック等を計画しています。

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U16強化部またはU15部会から推薦を受けた選手

- ① 令和5年度高校1年生の早生まれ、中学3年生
- ② 2023年度U15強化選手に選考されている選手
- ③ 2024佐賀国スポの県代表を目指し意欲的に参加できる選手または令和5年度国体九州ブロック予選に出場した選手
- 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(クラブチーム所属の選手の場合はクラブの責任者)に要項と参加申込書を送信します。参加申込書に必要な事項を記入の上、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5年10月13日(金)まで

U16 男子担当者宛 E-mail：[momii-hirokazu@education.saga.jp](mailto:momii-hirokazu@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)、保護者同意書を必ず提出してください。

## 9. 注 意 事 項

- ① 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。
- ② 当日自宅での検温にて 37.5 度以上の場合は練習参加をご遠慮いただきます。コロナウイルス拡散防止の為、練習会前後にコロナウイルスへの感染が確認された場合、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。
- ③ 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 男子担当：靱井 宏一 TEL：090-3327-1608 Email：momii-hirokazu@education.saga.jp 強化委員会委員長：中村 洋介 TEL：090-1089-8529
---

## 2023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5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。