

# 鳥取県フライングディスク 選 手 権 プ レ 大 会

平 成 25 年 12 月 1 日 ( 日 ) 9 時 20 分 競 技 開 始

会 場 : 郡家ふれあいドーム

競 技 種 目 : アキュラシー ディスタンス 団体戦

申 込 締 切 : 平成 25 年 11 月 22 日 ( 金 )

お問い合わせ : 社会福祉法人れしーぶ

電話番号 : 0858 - 73 - 0037

F A X : 0858 - 73 - 0045

メール : resi-bu@peace.ocn.ne.jp

主催 : 社会福祉法人れしーぶ

後援 : 鳥取県障がい者フライングディスク協会

鳥取県障がい者フライングディスククラブ

八頭町

平成 25 年 10 月 23 日

各関係者の皆様

社会福祉法人れしーぶ  
理事長 小河和泉

鳥取県フライングディスク選手権プレ大会の開催について

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別なご協力を賜りまして厚くお礼申し上げます。

さて、このたび表記の大会を社会福祉法人れしーぶ主催の下、下記の日程に開催することとなりましたのでご案内申し上げます。今大会は障がい者の方はもちろんのこと保護者や付き添いのスタッフの方、健常者の方もご一緒に参加して頂ければと考えております。

ご多忙中とは存じますが、万障お繰り合わせの上ご参加くださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

主 催 社会福祉法人れしーぶ

日 時 平成 25 年 12 月 1 日 (日曜日)

会 場 郡家ふれあいドーム

鳥取県八頭郡八頭町門尾 180 TEL 0858 - 72 - 3566

競技種目 アキュラシー ディスタンス 団体戦

参 加 料 一人 300 円

申込方法 ①郵 送 : 〒680-0463 八頭郡八頭町宮谷 240-15 大谷尚史

②FAX : 0858 - 73 - 0037

③メール : resi-bu@peace.ocn.ne.jp

申込締切 平成 25 年 11 月 22 日 (金曜日)

以上

社会福祉法人れしーぶ 大谷

FAX 0858 - 73 - 0037

## 鳥取県フライングディスク選手権プレ大会 開催要項

1. 目的 障害の有無に関わらず、フライングディスク競技を通じ、お互いがスポーツ交流できる機会を与え、共生社会を築くための大切なつながりを深めること。本競技を広く県民に普及させること。また鳥取県フライングディスク選手権のプレ大会として開催し、来年本大会を行うこととする。
2. 日時 平成 25 年 12 月 1 日 (日)  
午前 9 時 10 分～12 時 30 分 (予定)  
受付時間 8 時 30 分～9 時 00 分
3. 場所 郡家ふれあいドーム
4. 競技種目 ①アキュラシー ②ディスタンス ③団体戦
5. 日程 開会式 9:00 - 9:10  
競技 9:20 - 12:20  
閉会式 12:30 - 13:00
6. 参加料 一人 300 円
7. 申込方法 ①郵送: 〒680-0463 八頭郡八頭町宮谷 240-15 大谷尚史  
②FAX: 0858-73-0037  
③メール: resi-bu@peace.ocn.ne.jp
8. 申込締切 平成 25 年 11 月 22 日 (金曜日)
9. 主催 社会福祉法人れしーぶ
10. 後援 鳥取県障がい者フライングディスク協会  
鳥取県障がい者フライングディスククラブ  
八頭町
11. その他 個人情報は本大会に関する業務及び各種大会案内などの連絡以外には使用いたしません。

鳥取県フライングディスク選手権プレ大会  
参加申込書（個人）

所属団体施設名					
氏名	フリガナ			性別	男 女
生年月日	T · S · H 年 月 日			年齢	才
手帳	有 無	手帳に記載されている障がい名			
右投げ 左投げ (いずれかに○をする)		競技を実施するにあたり必要なサポートに○をしてください			
		音源	手話	支援者	その他（直接記入してください）

	アキュラシー競技	どちらかに○をする		※アキュラシーは全員が 5mで競技を行います。
		立位	座位	
	ディスタンス競技			

※出場する種目に○を付けてください。

連絡先

連絡先	住所	〒 一
	電話番号	( )
	メールアドレス	

☆個人情報は本大会に関する業務及び各種大会案内などの連絡以外には使用いたしません。  
☆運動しますので水分をご準備ください。

鳥取県フライングディスク選手権プレ大会  
参加申込書（団体）

所属団体施設名				
氏名	フリガナ			性別
生年月日	T · S · H 年 月 日			年齢 才
手帳	有 無	手帳に記載されている障がい名		
右投げ 左投げ (いずれかに○をする)		競技を実施するにあたり必要なサポートに○をしてください 音源 手話 支援者 その他（直接記入してください）		

『チーム名』 (メンバー氏名)	『 ( ( (	』 ) ) )
--------------------	---------	---------

※1チーム3人です。

連絡先

連絡先	住所	〒 一
	電話番号	( )
	メールアドレス	

☆個人情報は本大会に関する業務及び各種大会案内などの連絡以外には使用いたしません。  
☆運動しますので水分をご準備ください。