

平成29年度
第2回

精神障がい者フットサル 交流会(練習会・交流試合)ご案内



参加無料

第2回フットサル交流会(大阪府主催)を実施します!

今回は、ルール説明や練習会の後、2つのリーグに分かれて交流試合を行います。

各リーグの優勝チームにメダルを授与します。

未経験の方、普段チームに所属していない方も、この機会にチームに参加してプレイしてみませんか?
個人参加の方も、経験者の方もボールを繋いで交流しましょう。皆様のご参加をお待ちしています!

※応援・見学のみ参加も可能です。



内 容 フットサル交流会(練習会と交流試合)

日 時 平成30年2月7日(水)(受付9:30~)
10:00~12:00 開会式/ルール説明等・全員での練習会・交流試合
12:00~13:00 昼食休憩
13:00~15:00 交流試合(優勝チームにメダルを授与します)
15:00~15:30 表彰式・閉会式

※スケジュールは予定です。
参加チーム数によっては
終了時間が遅れることも
あります。

場 所 大阪市中央体育館 メインアリーナ(〒552-0005 大阪市港区田中3-1-40 八幡屋公園内)
(最寄駅は地下鉄中央線「朝潮橋」2A出口すぐ)
※今回は屋内の競技場となりますので、体育館用のシューズが必要です。
※参加決定通知時に、詳細な会場案内図・実施案内を送付します。

対 象 者 大阪府内に在住する精神障がい者(精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方。あるいはその取得の
対象に準ずる障がいのある方)及びその支援者

- 参加形態**
- ① チームでの申込(5名以上12名以下で1チーム)1チームに精神障がい者が1名以上含まれること
 - ② 個人・少人数での申込(申込者でチームを編成します)
- ※フットサルはゴールキーパーを含めて最少5名で1チームですが、個人参加や申込者数がチームに満たない場合も、参加者でチームを編成します。なお、定員はありませんが、多数のお申し込みがあった場合、参加者の調整をお願いすることがあります。

参加費 無料

申込方法 申込用紙(裏面)に必要な事項を記入し、返信用封筒に宛名記入及び82円切手を貼付して(福)復帰協「フットサル」係まで郵送して下さい。送付先住所は裏面をご覧ください。参加決定通知を大会1週間前までに返送します。

締め切り 平成30年1月17日(水)必着



詳しくはホームページをご覧ください

<http://www1a.biglobe.ne.jp/hukiky/>



第2回フットサル交流会申込書【平成30年2月7日(水) 大阪市中央体育館】

申込締切 平成30年1月17日(水) 必着

1. 申込種別	() チームで申し込む (5名以上12名以下で1チーム)	() 個人・少人数で申し込む (申込者でチームを編成します)	※人数の少ないチームとの混成チームを お願いする場合があります。 混成チームとなっても良い場合は チェックを入れてください ⇒⇒⇒ <input type="checkbox"/>			
2. 希望する リーグ	※リーグを分けて試合を組む予定ですが、 申込状況によりリーグを変更していただく 場合があります。 ご希望をお知らせください。					
3. 所属団体	※当日配布予定のプログラムにチーム名・ご所属と活動地域を掲載します。個人名は掲載しません。 (例: 地域活動支援センター△△△(〇〇市)/チーム〇〇〇〇)					
住所・ 連絡先	所属機関(活動地域)又は個人(代表者)名 _____ チーム名 _____ 連絡担当者名: _____ 住所 〒 _____ 電話 _____ _____ FAX _____ メールアドレス _____ @ _____					
4. 参加に 際して一言!	(意気込み、期待すること、心配な事など)					
5. 参加者名	氏 名	ふりがな	性別	年齢	フットサルの経験	支援者の方は ○をしてください。
①					有 ・ 無	
②					有 ・ 無	
③					有 ・ 無	
④					有 ・ 無	
⑤					有 ・ 無	
⑥					有 ・ 無	
⑦					有 ・ 無	
⑧					有 ・ 無	
⑨					有 ・ 無	
⑩					有 ・ 無	
⑪					有 ・ 無	
⑫					有 ・ 無	
監督 他					有 ・ 無	
6. 当日の付添い ※当日の付き添い のない方は必ず [1無し]の欄を 記入下さい	1. 無し ⇒ 当日緊急時連絡先(家族、医療機関等) ※「無し」の場合必ず記入して下さい 名 前() 本人との関係() 電話番号() ----- 2. 有り ⇒ 引 率 () 名) 応援のみ () 名) (代表者氏名:)					
7. この事業をどこで知りましたか(チラシをどこでもらいましたか)○をつけてください ① 市区町村役所 ② 保健所・保健センター等 ③ 病院(デイケア・その他)・診療所 ④ 事業所・施設等 ⑤ 知人から ⑥ インターネット(大阪府・復帰協) ⑦ その他()						
【申込書送付先】〒552-0001 大阪市港区波除5-7-6-201(問い合わせ先TEL 06-6567-8071) (福)精神障害者社会復帰促進協会(宛名は「ふっききょう」だけでも構いません)「フットサル」係						