

## 平成 27 年度高知県職場対抗七人制サッカー大会 実施要項

一般社団法人高知県サッカー協会

- 1 日時 平成 28 年 2 月 14 日(日)・21 日(日)
- 2 場所 高知大 G ほか
- 3 参加資格 同一職場で勤務する社会人によって構成されたチーム
- 4 競技方法 (1) トーナメント方式  
(2) 試合時間 30 分 (15-5-15)  
(3) 延長戦はなく、PK 方式(3 名)  
(4) 交代人数は、制限なし
- 5 参加料 10,000 円 (抽選会場または、試合当日徴収いたします。)
- 6 申込先 一般社団法人高知県サッカー協会事務局  
〒780-0053 高知市駅前町 2-1 高砂ビル 301 号  
TEL : 088-875-3115 FAX : 088-872-1151  
☆申込みは FAX のみです。  
☆申込みの様式は当協会ホームページからダウンロードして下さい。  
<http://www.kochi-fa.com/>
- 7 締切り 平成 28 年 1 月 20 日 (水) 17 : 00 まで
- 8 抽選会 平成 28 年 1 月 26 日 (火) 18 : 30 ~  
高知市総合体育館 会議室 (2F)  
高知市大原町 158 番地
- 9 お申し込みの際には、所定の様式の各欄に漏れなく記入して下さい。  
(抽選会を欠席されたチームには、後日組合せを送付しますので、FAX は必ずご記入下さい。)  
また、各選手の「サッカー経験」と「チームの戦力紹介」によって、クラス分けをしますので、詳しくご記入下さい。  
記入に不備があった場合には、自動的に上位クラスからの振り分けとなります。  
競技中の疾病、負傷等の応急処置 (必要に応じて、救急搬送の手配を含む) は主催者で行いますが、その後の責任は参加チームにて対応して下さい。  
なお、参加者は必ず健康保険証を持参し、スポーツ障害保険に加入すること。

平成27年度高知県職場対抗七人制サッカー大会 参加申込書

抽選会	出席する・欠席する	領収証の宛名	チーム名・会社名							
チーム名		職域・企業名								
連絡先		TEL・FAX	( )・( )							
代表者氏名		自宅TEL・携帯	( )・( )							
No.	氏名	年齢	サッカー経験 (該当する全てに活動年数をご記入下さい)							
			中学	高校	大学	<small>大学同好会</small>	社会人	経験なし	コミュニティ	フットサル
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

☆ チームの戦力紹介

---



---



---

☆ 「サッカー経験欄」の記入のしかた

- ・ サッカー経験がない場合・・・「経験なし」に○印をつける
- ・ サッカー経験がある場合・・・該当する箇所に経験年数を記入する(該当しない個所には×印)