

各チーム関係指導者及び保護者 各位

栃木県ミニバスケットボール連盟  
会長 枝村重利

## J A 共済カップ第14回栃木県ミニバスケットボールフェスティバルミニバスケットボールクリニックについて

日頃より、本協会・連盟の諸事業につきましては、多大なるご尽力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、J A 共済カップ第14回栃木県ミニバスケットボールフェスティバルが2月10日（土）・11（日）に開催されます。そこで、バスケットボールの普及とプレーヤーの技術向上を目的として、下記の内容にて、ミニバスケットボールクリニックを実施することになりました。お忙しいところとは存じますが、ぜひご参加くださいますようお願いいたします。

## 記

- 1 日 時 平成30年2月10日（土） 受付 12:00  
開講式・講習 12:30～  
閉講式 14:00  
終了予定 14:15
- 2 場 所 鹿沼総合体育館 メインコート TEL 0289-72-1300
- 3 講 師 未定（B R E X の関係指導者 ※都合により変更の場合はご了承ください）
- 4 対 象 者 栃木県ミニバスケットボール連盟登録選手 女子（5年） ※各チーム1名  
（5年生がいないチームは、4年生以下も可とする。）
- 5 持 ち 物 バスケットボール（人工皮革5号球）・タオル・シューズ・飲み物・運動できる服装
- 6 備 考 ○ クリニックは、選抜チームのリーグ戦の間に行われますので、試合の妨げにならないようにお願いします。  
○ 本連盟は、クリニック中に起きたけがや病気につきましては応急処置を致しますが、一切責任を負いません。自チームの責任において処置されますようご了承ください。  
○ 昼食は、各自ご用意ください。  
○ インフルエンザを発症した選手は参加できません。発症した場合は、申し込み先に不参加の報告をすること。
- 7 申 込 み 平成30年1月5日（金）迄に各地区申込み先まで参加申し込み書を提出厳守

平成 年 月 日

申込先

<b>下都賀</b>	氏名	<b>近 藤 敏</b>
住所	地区	〒323-0042 小山市外城371-1（栃木県立県南体育館内） 小山市教育委員会 生涯スポーツ課

※ 押印もれが、絶対にならないようにお願いします。 Tel 0285-21-2695  
FAXでの送付はご遠慮ください。郵送または直接持参ください。

キ リ ト リ セ ン

## J A 共済カップ第14回栃木県ミニバスケットボールフェスティバルミニバスケットボールクリニック参加申込み書

平成 年 月 日

J A 共済カップ第14回栃木県ミニバスケットボールフェスティバルミニバスケットボールクリニックに下記選手の参加を申し込みます。

地区名	<b>下都賀</b>	所属 チーム名	
-----	------------	------------	--

代表指導者（引率責任者）名 印 連絡先 - -

参加選手名	学年	保護者名	住 所	電話番号
			〒	
		印		