

平成29年度 健康保険山形県卓球大会実施要項

(目的) 体育活動を奨励し、健康保持増進を図ることを目的とする。

- 主 催 一般財団法人 山形県社会保険協会
- 後 援 全国健康保険協会山形支部
- 日 時 平成29年11月25日(土) 午前9時～
- 場 所 山形市総合スポーツセンター第二体育館
山形市落合町1番地 (電話 023 - 625 - 2288)
- 参加資格 山形県内社会保険適用事業所に勤務する被保険者
(健康保険組合を含む)
ただし、山形県社会保険協会会員以外の事業所に勤務する被保険者は参加負担金として500円(個人・団体戦参加可)
- 種 目 団体戦(男女別事業所対抗)
登録は各チーム3名とし、3シングルス対抗とする。
個人戦(男女別)
男子は、一般と45歳以上で分けて対抗とする。
- 競技規則 日本卓球ルールによる。
- 競技方法 全試合トーナメント戦とする。
試合は11点5ゲームマッチとし、2本ごとサービス交替で行う。
ゼッケンを着用すること。
- 使用球 日本卓球協会使用指定球。
- 表 彰 <事業所対抗団体戦>(男女別)
優 勝 盾・賞品
準優勝 盾・賞品
第3位 盾・賞品
※ 参加団体が1チームの場合は表彰を行わない。
<個人戦>(男女別)
優 勝 トロフィー・賞品
準優勝 トロフィー・賞品
第3位 トロフィー・賞品

第74回健康保険山形県『卓球大会』参加申込書

監督者名

事業所名

事業所所在地 (〒 —)
山形県

連絡先 — —

(当日の連絡先 — —)

※申込部門の右欄に○印を付けてください。

団体戦				個人戦			
男子の部		女子の部		男子の部(一般)		女子の部	
				男子の部(45歳以上)			

	フリガナ 氏 名	健康保険被保険者証の 記号・番号	備 考
1			
2			
3			
4			
5			
6			

※各部門の申込み数に応じコピーしてご使用ください。

参加申込及び問合せ先（大会事務局） 一般財団法人 山形県社会保険協会

〒990-0043 山形市本町 2-3-38 岩城ビル 4F 電話 023-642-6261 FAX 023-633-4114