



第27回東海障害者バドミントン選手権大会 開催要項

- 趣 旨** 障害者バドミントン競技を通じて、障害者相互の交流を深めるとともに、障害者バドミントン競技の普及・発展・技術の向上を目指し開催します
- 主 催** 東海障害者バドミントン連盟
- 後 援** 中日新聞社、中日新聞社会事業団（予定）
- 協 賛** ヨネックス株式会社、ラケットショップNONAKA（予定・順不同）
- 協 力** 名古屋市障害者スポーツセンター
愛知医療学院短期大学、名東手話サークル、名東区レディース（予定・順不同）
- 主 管** 名古屋スマッシュ
- 日 時** 平成27年10月18日（日） 午前10時00分開始（受付9時30分）
- 会 場** 名古屋市障害者スポーツセンター 体育室（別紙参照）
〒465-0055 名古屋市名東区勢子坊2丁目1501番地
TEL 052-703-6633 FAX 052-704-8370
URL <http://www.nagoya-rehab.or.jp/sports/>
- 競技種目** 個人戦ダブルス
- ク ラ ス** 男女別A・B・C・D・E 別紙クラス分け表参照
（申し込み状況により、オープンクラスの採用、またクラスの変更がありますのでご了承ください）
- 競技規則** 日本バドミントン協会競技規則及び本大会申し合わせ事項適用
（付則：障害者のためのバドミントン競技規則は適用しません）
- 競技方法** 21ポイント3ゲームマッチで2ゲーム先取勝のトーナメント方式
（申し込み状況により、リーグ戦方式、15ポイント3ゲームマッチに変更となる場合もありますのでご了承ください）

- 参加資格 大会実施日において満12歳以上の身体障害者手帳を所持する者で、健康上競技可能な者及びバドミントン愛好家（健常者）
- シャトル 日本バドミントン協会検定合格水鳥球
- 参加費 1人 1,500円（ダブルス1組3,000円）
- 表彰 各クラスにおいて、1～3位までを表彰します
- 弁当 希望される方は参加申込書に記入して下さい。（1個700円）
- 申込方法 参加申込書に必要事項を記入の上、下記まで郵送またはFAX、E-mailでお申し込みください。E-mailでご返信いただく際は、フォーマットをメールで添付しますのでご連絡ください。いずれの場合も、内容確認の連絡をさせていただきます。お申し込み後7日以内に連絡のない場合は、未着の可能性があるので、下記までご連絡ください。
※参加費及び弁当代は、大会当日に受付でお支払いください
- 申込期限 **平成27年9月30日（水）必着**

申し込み・問い合わせ先： 東海障害者バドミントン連盟 会長 長島 理
TEL 090-9828-0322
E-mail nshima-lee@skyblue.ocn.ne.jp
〒479-0848 愛知県常滑市港町4-126
セントクレアージュ106

- その他
- ・単身での申し込みも可能です。ペアは、主催者で決めさせていただきます
 - ・クラスの違うペアは、軽い障害のクラスでの出場となります
 - ・男女ペアの場合は、男子の部での出場となります
 - ・健常者の方の参加（障害者とのペア）も可能です
 - ・主催者の判断で、健常者のどうしのペアとなることもあります
 - ・競技の服装は、日本バドミントン協会の審査合格品を原則とします
 - ・大会開催中に生じた事故に対する責任は一切負いませんのでご了承下さい
 - ・宿泊や公共交通機関の手配は各自でお願いいたします

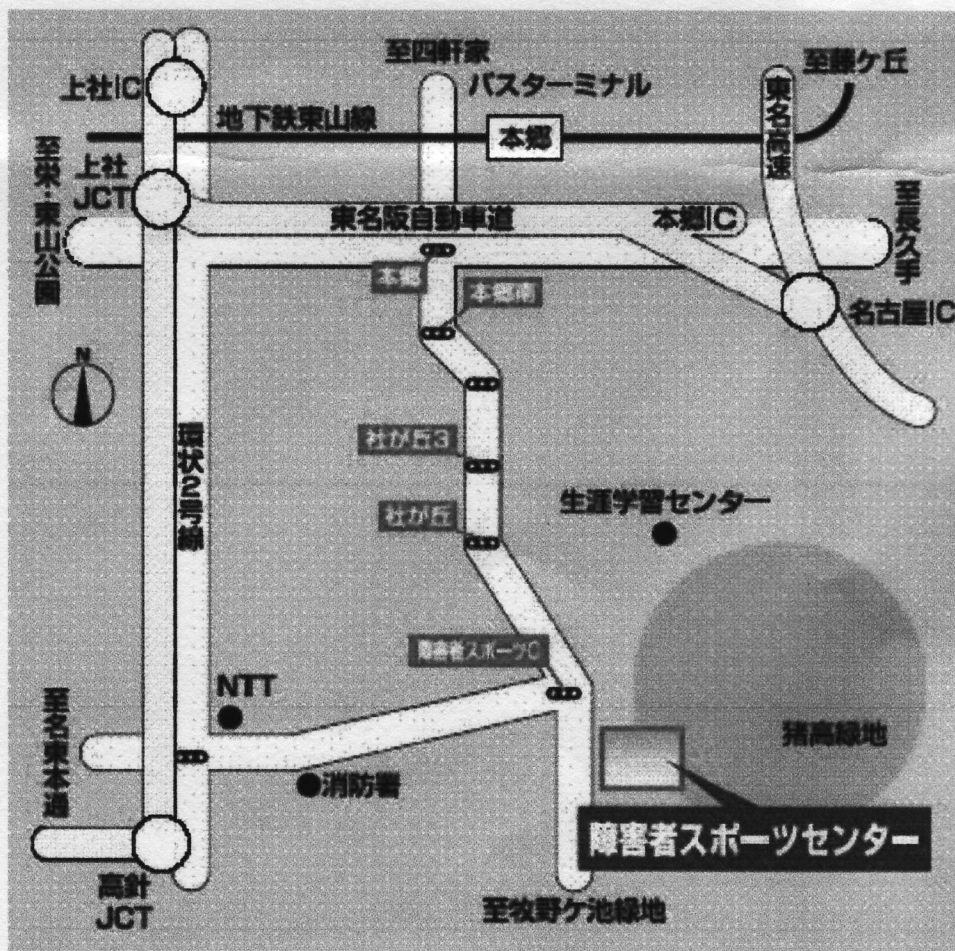
会場案内

<名古屋市障害者スポーツセンター>

地下鉄東山線藤ヶ丘行で「本郷」駅下車。駅前から市バス「幹本郷1 猪高緑地」行で「障害者スポーツセンター」下車(ノンステップバス運行路線)

「本郷」駅～障害者スポーツセンター間に時間を定めて福祉バス(サンサン号)を運行しています。下記参照(午前中は運行しておりませんので、ご注意ください)

発着場所	発時刻
地下鉄本郷駅発→ センター着	13:20 14:20 15:20 16:20 17:40 18:40 19:40
センター発→ 地下鉄本郷駅着	13:00 14:00 15:00 16:00 17:20 18:20 19:20 20:30



障害クラス分け表

障 害 区 分				クラス	
肢 体 障 害 者	切 断	上 肢	片手部切断	A	
			片前腕切断・上腕切断	A	
			両手部切断	C	
			両前腕切断・上腕切断	C	
			片前腕・片上腕切断	C	
		下 肢	片下腿切断	B	
			片大腿切断	C	
			両下腿・両大腿切断	C	
			片下腿・片大腿切断	C	
		多肢	多肢切断	C	
	機 能 障 害	上 肢	片上肢不完全・完全	A	
			両上肢不完全・完全	C	
		下 肢	片下肢不完全	B	
			片下肢完全	C	
			両下肢不完全・不完全	C	
		体幹	体幹	B・C	
	脳原性麻痺以外の車椅子常用（脊椎損傷・ポリオ等）				D
	よ 脳 る 原 機 性 能 麻 痺 障 害 に	四肢麻痺で車椅子使用			D
		両下肢麻痺で車椅子使用			D
		杖又は松葉杖歩行			C
上肢に不随意運動を伴う障害			C		
上肢に不随意運動を伴わない障害			C		
右又は左の主たる片側障害（走不能）			C		
視覚障害者				C	
聴覚・平衡・言声・言語機能障害者				A	
内部障害者				A・B	
知的障害者				E	
精神障害者				A	

なお、障害の軽いクラスに出場することは認めます。

クラブ名:

代表者氏名:

代表者電話番号:

代表者携帯電話:

代表者E-mail(PC):

代表者E-mail(携帯):

番号	参加者名	参加者名(フリガナ)	性別 男/女	障害名	希望クラス	車いす 有/無	ペア	弁当 要/不要	連絡事項その他
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
例1	長島 理		男	脊髄損傷	D	有	おまかせ	要	
例2	×川 オ子		女	-	健常者		■田 ◆子	不要	初参加です

・各選手の状態などについて、上記欄にご記入いただいた代表者連絡先にお伺いすることもありますので、何卒ご了承ください。

・誤記載防止のため、できる限りEメールにてご返送ください。代表者の方が取りまとしてこの用紙に入れてください。

・クラブの代表者以外がご記入・送付(送信)いただく場合、記入した中での代表者の名前、連絡先をご記入ください。