



# 第65回 沖縄県病院対抗テニス大会

## 【大会要項】

**ご注意ください。今大会よりエントリー申込先、及び参加料振込先が変わりました。**

- 1 趣 旨 県内病医院医師および職員のスポーツの定着、体力・健康の維持、増進を目的に多くの病医院職員に大会出場の機会を提供すると共に、病医院相互のコミュニケーション作りの場として活用してもらうため本大会を実施する事とする。
- 2 主 催 沖縄県病院テニス協会
- 3 参加資格 参加当該病医院職員、及びその配偶者。チーム内に医師不在であっても参加可能です。但し、医師がいる場合には医師をそのチームの代表者として登録してください。
- 4 日 時 平成30年11月23日(金)「勤労感謝の日」  
及び 沖縄県総合運動公園テニスコート（屋外グラスサンドコート16面）  
会 場 全クラス・・・08:30 集合 08:45 監督会議、及び開会式 09:00 試合開始
- 5 試合方法 本戦に関しては、全て6ゲーム先取にて行います。コンソレーション ラウンドの場合、全てのクラス6ゲーム先取ノードバンテージ方式となります。  
対戦順序 ①男子第1ペア ②女子ペア ③男子第2ペア（女子またはミックスでも可）  
各チーム3試合目からは勝敗が決定次第、打ち切りとなります。  
ウォーミングアップは、サービス4本のみ。
- 6 競技規定 公益財団法人日本テニス協会競技規則に準用し、全てセルフジャッジにて行います。  
注意事項）迅速なジャッジがない場合やペア間でジャッジが異なった場合は相手の得点となります。  
応援者にジャッジを委ねることは出来ません。対戦相手のジャッジに対し不満がある場合には、双方合意の下でレフリー指示により、審判をおく事が出来ます。
- 7 試 合 球 (公財)日本テニス協会公認球
- 8 そ の 他 大会としてスポーツ安全保険等には加入していないため、本大会中におけるケガ等については、各チーム・各自で対応をお願いします。  
当日、ゴミは必ず各自にてお持ち帰りください。
- 9 参 加 料 ￥12,000/チーム  
11月15日(木)までに下記、口座へお振込みください。  
琉球銀行 安謝支店（店番；316）  
（普）650424 名義；沖縄県病院テニス協会 代表幹事 大田守雄
- 10 申 込 み 申込用紙に必要事項を全てご記入の上、11月15日(木)までに下記メールアドレスまで送信ください。受信確認後、受理した旨のメールを返信します。  
※ 稀に「迷惑メールフォルダ」に振り分けられることがありますので、ご注意ください。  
電子メールでのエントリーが困難な場合に限って、従来通り、FAXにてお受け致します。  
その際は、必ず受信確認のお電話をお願い致します。  
E-mailにてお申込みの場合 [event@myu-okinawa.co.jp](mailto:event@myu-okinawa.co.jp)  
※ 申込みフォーム（Excel版）が必要な方は、上記アドレスへご要望いただければ、送信致します！  
FAXにてお申込みの場合 FAX 098(943)3289 受信確認先番号 098(943)3288 ※不定休  
注意事項） a No.1に記名される方がそのチームの監督となります。開始前の監督会議にご出席下さい。  
b B・Cクラス優勝チームは、次回出場時、メンバー変更にかかわらず、必ず上位クラスへエントリーしてください。  
c エントリーされたクラスに関し、幹事の裁量で変更させていただく場合があります。  
d 病医院職員の配偶者は“夫婦揃って参加”を条件に認めます。本項目に違反した場合「DEF」となります。  
また、配偶者に関し、県テニス協会Aクラス、及び職業コーチは参加をご遠慮下さい。  
e 各クラス1チームずつのエントリーとなりますが、1施設から4チーム以上参加される場合…  
4チーム目は、どのクラスでも可。  
5チーム参加の場合は、4チーム目のエントリークラスと別クラスにて可。  
(4チーム以上、お申込みされる際には、エントリーフォームをコピーしてご使用下さい)