



ボッチャ大会開催のご案内

第4回 フェニックス杯



拝啓 秋分の候、皆様におかれましては益々お元気にお過ごしのことと存じます。

さて、「第4回フェニックス杯」（ボッチャ大会）を当センター主催にて開催致します。

年々参加される皆さんのレベルが上がっていますので、今年は初めての試みとして2つのリーグに分けて開催する事に致しました。

初心者の方でも楽しめる従来のフェニックス杯のルールで行う**ベーシックリーグ**と公式ルールに準じて行う**アドバンスリーグ**です。参加される皆さんのレベルに応じてどちらかのリーグに申込をお願い致します。 敬具

大阪発達総合療育センター センター長 船戸 正久

フェニックス杯実行委員会 委員長 梶浦 正

大会への参加に関しましては、別紙参照の上、申込要項に従って、お申込み下さい。

2024年1月14日（日）
大阪市長居障がい者スポーツセンターにて開催。

初心者から競技選手まで、
どなたでも、参加大歓迎♪

1チーム最大5人まで。

ベーシックリーグ
アドバンスリーグ
ともに1チーム3,000円

【主催】

社会福祉法人愛徳福祉会
大阪発達総合療育センター

〒546-0035
大阪市東住吉区山坂 5-11-21
☎06-6699-8731
FAX : 06-6699-8134
<http://osaka-drc.jp>

第 4 回フェニックス杯について（ボッチャ大会）

- 1.日時 2024 年 1 月 14 日（日）
- 09 時 30 分 受付開始
- 10 時 00 分 開会、ルール説明、練習
- 10 時 30 分 ベーシック リーグ・アドバンス リーグ試合開始
- 14 時 00 分 各リーグ決勝トーナメント開始
- 15 時 30 分 成績発表、表彰、記念撮影、閉会
- ※時間は進行状況により前後します。
- ※試合はチーム戦にて行います（※個人戦は行いません）
- 2.会場 大阪市長居障がい者スポーツセンター
- 〒546-0034 大阪市東住吉区長居公園 1-32 ☎06-6697-8681
- 駐車場有（無料 60 台）※満車の際は近隣の有料駐車場をご利用ください。
- 地下鉄御堂筋線長居駅より徒歩 3 分 JR 阪和線 鶴ヶ丘駅より徒歩 5 分
- 3.参加費 3,000 円（1 チームにつき）
- 4.昼食について 昼食のご用意はございません。各自でご準備の程お願い致します。
- 5.参加資格
- ベーシックリーグ**
- 1 チーム最大 5 名までエントリー可能です。
- 各チームは必ず 1 名以上障がいのある方がメンバーとして出場してください。
- ★ボッチャの経験の有無、実力は問いません。
- ★初心者の方も楽しめるようなルール・内容で考えています。
- アドバンスリーグ**
- 1 チーム最大 5 名までエントリー可能です。
- 各チームは必ず 1 名以上障がいのある方がメンバーとして出場してください。
- ★ボッチャの経験がある方、実力に自信がある方から大会出場者まで
- ★公式ルールに準じたルールで行います。
- 6.定員 ベーシックリーグ ・ アドバンスリーグ 合わせて 24 チーム
- （応募多数の場合は、抽選とします）

7.申込み

以下の①②いずれかの方法でお申し込み下さい

①申込用紙（別紙2）に必要事項記入の上、
FAX [06-6699-8134] にご送信下さい。

（FAX で送信できない場合はお電話下さい）

②右の QR コードから申し込みを行ってください。
申込が完了しましたら、メールでお知らせ致します。



QR コード

8.締切

2022 年 12 月 10 日（日） 必着

参加の可否は後日ご連絡致します。

9.その他

・本大会への「申込書」に記入して頂いた個人情報、並びに主催者が撮影した写真・映像等については、個人情報保護関係法令に遵守し、本大会への参加調整事務、プログラム及び主催者法人の広報誌等（学会、講演資料含む）のみに使用し、それ以外の目的には使用しません。

・参加者の皆様には手洗いや主旨消毒を励行頂く等、各自で感染予防に努めて頂くとともに、健康状態に不安のある方は参加を控えて下さい。新型コロナウイルス感染症拡大状況によっては大会を中止する場合があります。

10.申込み及び

問合せ先

大阪発達総合療育センター 運営局 柏木 迄

〒546-0035 大阪市東住吉区山坂 5-11-21

TEL : 06-6699-8731 FAX : 06-6699-8134

※大阪市長居障がい者スポーツセンターは、申込み及び問合せ先ではありませんのでご注意ください。

第 4 回フェニックス杯 申込書

申込み FAX : 06-6699-8134
申込み締切 : 2023 年 12 月 10 日 (日)迄

参加リーグ	ベーシックリーグ	・	アドバンスリーグ	(どちらか丸で囲んで下さい)
チーム名				
施設名・事業所名				

【参加メンバー記入欄】

番号	氏名	年齢	ランプ	代表者	代表者の連絡先（住所・TEL・メール）記入欄
1				○	
2				/	
3				/	
4				/	
5				/	

- ・ランプが必要な方は、○をつけてください。（※ランプとは：自ら投げる事ができない方の為の自助具です）
- ・料金は、当日受付にて徴収します（釣り銭のいらないように、ご協力をお願いします）
- ・各チームは、代表者の方を 1 人選出頂き、その方の連絡先の記入をお願いします（他の方は連絡先の記入は不要です）

問合せ先： 〒546-0035 大阪市東住吉区山坂 5-11-21 大阪発達総合療育センター 運営局 柏木宛

☎06-6699-8731 FAX : 06-6699-8134 ご不明な点はお電話にて問合せください。