

第1回U-12八重山バスケットボール強化クリニック

1. 趣 旨 今クリニックを通じ、児童の競技力の向上を図り、体力づくりと社会性の育成を図ると共に、バスケットボール競技の普及・発展を図ることを目的とし、バスケットボール競技の振興に寄与するものとする。
2. 主 催 八重山バスケットボール協会
3. 共 催 八重山ミニバスケットボール連盟
4. 日 程 平成31年4月28日(日) 午前8:30 集合 午前9:00 開始式 11時30分 解散予定
5. 会 場 真喜良小学校 ※駐車場は舟蔵公園横をご利用ください。体育館周辺は駐車禁止となっています。
6. 参 加 資 格 八重山ミニバスケットボール連盟に属する選手
7. 参 加 コ ー チ 朝山 太郎(八重山ミニバスケットボール連盟)
当山 哲郎(八重山バスケットボール協会)
宮里 航貴(八重山バスケットボール協会)
新城 真司(八重山バスケットボール協会)
8. 内 容 パワースタンスとドリブルスキル
コンタクトOFとコンタクトDF
パワースタンスとシュート
1on1とレイアップシュート
※内容は参加者・参加者数に応じて変更する場合がございます。
※各自ボール1個持参をお願いします。
9. 参 加 料 個人参加・500円(保険料含む・保護者承諾書提出)
※当日会場受付にてお支払ください。
10. 疾 病 事 項 本クリニックにおける個人参加の事故等については、応急処置はしますが、一切の責任は負いません。
ただし、協会にて下記の普通傷害保険に加入します。補償内容をご確認の上、必要都度各個人にて別途に保険に加入してください。
(死亡・後遺障害:500万円、入院保険金日額:1,500円、通院保険金日額:1,000円)
11. 申 込 期 間 平成31年4月25日(木)午後6時半まで(期限厳守)
12. 申 込 方 法 申込用紙を記入の上メールにて申し込み下さい。

申込先アドレス Email: yaeyamabbkyokai@gmail.com
※申込用紙の**原本(押印済み)**は当日会場受付で必ず提出ください。
※申し込み後、返信メールが届かない場合は下記担当までお問合せください。
13. 注 意 事 項 (1) ゴミ等は各自、各チームで持ち帰ってください。
(2) 会場駐車場には限りがございます。乗り合わせての来場にご協力下さい。
14. 協会の連絡先 八重山バスケットボール協会
(問い合わせ先) 強化部長 大浜 拓也 090-2502-2380