



スペシャルオリンピックス「ユニファイド・バスケットボール」コーチクリニック開催のご案内

1. ねらい スペシャルオリンピックス（以下、SOと略）では、アスリートと楽しく安全にスポーツをするために、競技種目やスペシャルオリンピックス活動についての知識を学ぶ「コーチクリニック」を行っています。今回は、「**ユニファイドスポーツ**」、「**バスケットボール**」のコーチングと活動内容、アスリート理解や配慮・注意点等について学びます。プログラムに参加されている方はもちろん、活動の経験がない方やアスリートと一緒にスポーツをしてみたい方、活動自体に興味関心のある方など、是非ご参加ください。
2. 日時 **令和元年10月6日（日）** 11:00～17:30（10:30から受付）
3. 会場 旭川盲学校 体育館（北海道旭川市旭町2条15丁目）
4. 主催 スペシャルオリンピックス日本
5. 主観 スペシャルオリンピックス日本・北海道
6. 参加対象 SOメンバーと、SOの活動に興味があり、自分ができる範囲で参加して頂ける方。
*ボランティア経験のない方、スポーツがあまり得意ではないかな、と思われる方でも参加出来ます。
7. 参加費 無 料（弁当・飲み物等各自持参）*ゴミの持ち帰りにご協力くださいますよう、よろしく願い致します。
8. プログラム
10:30～10:45 受付
10:45～11:00 開講式
11:00～12:00 バスケットボール講義
12:00～13:00 昼食
13:00～15:00 ユニファイド講義
15:15～17:00 バスケットボール実技
17:00～17:30 閉講式・修了書
9. 講師 志 岐 昭 学 氏（SON日本・東京）
2015年SO夏季世界大会ユニファイド・バスケットボール日本代表チームヘッドコーチ
10. 申込期限 ~~9月28日（土）~~までにFAX、E-mailにてお申し込みください。
※10月1日まで、申込を延長します。
11. 服装・持ち物 実技：バスケットボールができる服装、上靴など。 講義：筆記用具 等
12. 個人情報 当実施要領にて取得する個人情報は、スペシャルオリンピックスにおける活動に限定して使用します。申込みされた方のお名前や連絡、活動写真等は、スペシャルオリンピックス活動啓発のため、広報資料等に掲載させていただく場合がございますのでご了承ください。
13. その他
 - ・状況に応じて変更がある場合がございます。ご理解ください。また、不明な点がございましたら、下記のお問い合わせ先までお願いします。
 - ・コーチクリニック受講後、スペシャルオリンピックスに登録すると、プログラムや大会でコーチすることが可能となります。



団体申込用

ユニファイド・バスケットボールコーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

団体名		担当者名	
担当者 連絡先	(〒 -) 住所		
	電話番号	FAX	

No	氏名 E-mail	電話番号	役職 学年・専攻等	該当する箇所にお付け下さい
				保険加入
1				加入済・未加入
2				加入済・未加入
3				加入済・未加入
4				加入済・未加入
5				加入済・未加入
6				加入済・未加入
7				加入済・未加入
8				加入済・未加入
9				加入済・未加入
10				加入済・未加入



個人申込用

ユニファイド・バスケットボールコーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

年 月 日

氏名	住所	
Tel.;	FAX;	E-mail;
勤務先 or 学校	携帯;	携帯 mail;
傷害保険加入状況 * <input type="checkbox"/> を、塗りつぶしてください。	会社名: <input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> スポーツ安全協会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 加入していない	

個人申込用

ユニファイド・バスケットボールコーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

年 月 日

氏名	住所	
Tel.;	FAX;	E-mail;
勤務先 or 学校	携帯;	携帯 mail;
傷害保険加入状況 * <input type="checkbox"/> を、塗りつぶしてください。	会社名: <input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> スポーツ安全協会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 加入していない	

個人申込用

ユニファイド・バスケットボールコーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

年 月 日

氏名	住所	
Tel.;	FAX;	E-mail;
勤務先 or 学校	携帯;	携帯 mail;
傷害保険加入状況 * <input type="checkbox"/> を、塗りつぶしてください。	会社名: <input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> スポーツ安全協会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 加入していない	