

第1回東京都ブラインドダンススポーツ競技会

【実施要項】

- 開催日時：平成30年9月2日（日曜日） 競技時間：12時頃～15時頃 開場：9時
会場：駒沢オリンピック公園総合運動場体育館（空調設備有り）
東京都世田谷区駒沢1-1
東急田園都市線「駒沢大学駅」駅から徒歩15分、東急バスのバス停「駒沢公園東口」又は「東京医療センター前」から徒歩5分、「駒沢公園」から徒歩2分
- 主催：東京都ダンススポーツ連盟
主管：東京都ダンススポーツ連盟
後援：（公社）日本ダンススポーツ連盟
入場料：無料
エントリー手数料：無料
審判員：5名
申込締切：平成30年8月24日（金曜日） 必着
申込方法：別紙の競技会エントリーシートに所要事項を記入し、下記申込先へ申し込むこと。
※所属団体でまとめて申し込んで下さい。（代表者印必須）
※所属団体がない場合には、個人で申し込んでください。
- 申込先：〒161-0031 東京都新宿区西落合1-28-14 榊原ビル1F
東京都ダンススポーツ連盟「第1回ブラインド競技会係」へ郵送
又はFAX（番号）：03-6908-3420
- 問合せ先：東京都ダンススポーツ連盟
☎03-6908-3412 電話でのお問い合わせ（土日祝を除く）11時～17時
メールアドレス：tkydsf@guitar.ocn.ne.jp
当日の緊急連絡先：野村利治 ☎080-6813-2353
- 選手受付：後日電話またはFAXにてお知らせします。（10:30～11:00（予定））
（別途東京都ダンススポーツ連盟HPにもタイムテーブルと共に掲載します。）

競技内容：下記競技区分毎の2種目総合戦とする。

※1 競技の特性上及び安全性を考慮し、全盲同士での出場は不可とさせていただきます。

※2 ゼッケンはブラインドの方（両人ともの場合には両人）に着用していただきます。

競技区分	略称	昇降級	競技名	種目	フィガー	服装	出場資格
1	FBS	無	ブラインド戦スタンダード	W・T	自由	自由	どちらか一方もしくは 両人とも視覚障がい者 （上記※1を除く） 同性同士可
2	FBL	無	ブラインド戦ラテン	C・R			

表彰：各区分の1位から6位までに賞状を授与する。

《注意事項》

- 大会に関する報道や映像メディア販売等に於いて選手の名前、写真及び映像を使用する権利は全て大会主催者に帰属します。
- 体調不良を覚えたり、気分が悪くなった場合には、無理せず、競技に参加しない等の自己判断を行ってください。
- 大会中に発生した事故の応急処置は行いますが、その後は責任を負いかねますので自己管理の徹底をお願いします。
- フローア保護のために女性は新品の革製ヒールカバーをシューズに装着して下さい。
「ヒールカバーチェック」有ります
- 更衣は所定の更衣室をお願いします。また、ゴミは全て各自でお持ち帰りください。
- この競技会の音楽はJDSFオリジナルCD“DanceSport”を使用します。
- ホームビデオ等で撮影した映像、音楽のコピーの配布及びインターネットの配信・投稿を禁じます。

競技会エントリーシート

【東京都ダンススポーツ連盟専用】

競技会名称	
第1回東京都ブラインドダンススポーツ競技会	
開催日	エントリー締切日
平成30年9月2日	平成30年8月24日

太線枠内は記入必須事項です

申込団体名		責任者	
		電話	
		氏名	印

競技区分

略称

(記入例)

1
FBS

(※)出場する競技区分の番号を丸で囲んでください。

1
FBS(スタンダード)

2
FBL(ラテン)

申込者	連絡先	〒	電話	携帯
	住所			フリガナ 氏名

リーダー	視覚障がい等級(該当級に○)							晴眼者の方は○をしてください
フリガナ	1	2	3	4	5	6	無級	晴眼者
氏名								
パートナー	視覚障がい等級(該当級に○)							晴眼者の方は○をしてください
フリガナ	1	2	3	4	5	6	無級	晴眼者
氏名								

受付番号	背番号

【記入例】 競技会エントリーシート

【東京都ダンススポーツ連盟専用】

競技会名称	
第1回東京都ブラインドダンススポーツ競技会	
開催日	エントリー締切日
平成30年9月2日	平成30年8月24日

太線枠内は記入必須事項です

申込団体名	責任者	
ABCサークル	電話	〇〇〇-1234-5678
	氏名	ダンス太郎 ㊟

競技区分

略称

(記入例)

①
FBS

(※)出場する競技区分の番号を丸で囲んでください。

①
FBS(スタンダード)

②
FBL(ラテン)

2区分出場する場合

申込者	連絡先	〒 123-4567	電話 03-1234-5678	携帯	090-1234-5678
	住所	東京都世田谷駒沢公園〇〇-〇〇			フリガナ
				氏名	ダンス次郎

リーダー	視覚障がい等級(該当級に○)							晴眼者の方は○をしてください	
フリガナ	1	2	3	4	5	6	無級	晴眼者	
氏名									
パートナー	視覚障がい等級(該当級に○)							晴眼者の方は○をしてください	
フリガナ	1	2	③	4	5	6	無級	晴眼者	
氏名									

受付番号	背番号