

第49回 緒方杯秋季クラブ対抗テニス大会

主催 佐賀県テニス協会
期日 令和2年11月23日（月・祝）
会場 男子：SAGAサンライズパーク庭球場
女子：松浦河畔公園テニスコート
（男子・女子） 8時45分：受付 9時00分：監督会議後、試合開始

大会役員

大会会長 緒方 うらら
大会副会長 菊地 宏樹 諸隈 陽子 松尾 正一郎
大会委員長 森 扶美
レフェリー 有岡 美鈴
Aレフェリー 井手 一雄
運営委員 佐賀県テニス協会競技委員会

試合方法

- ①トーナメントを行う。
- ②初戦勝者は1部トーナメント、初戦敗者チームは2部トーナメントに進む。
- ③試合は1セットマッチ（6オールタイプブレイク）ノーアドバンテージ方式

使用球

セントジェームズ

大会注意事項

- ①組合せは事前に抽選により決定します（**大会当日に発表**）。
- ②審判はセルフジャッジとします。
- ③オーダー用紙は1部のみ作成し、対戦前に本部へ提出してください。
*今年度は極力接触を避ける為、挨拶時のオーダー交換は行いません（口頭発表のみ）。
- ④試合の順序
男子 一般複NO.1, 壮年複, 一般複NO.2
女子 複NO.1, 複NO.2, 複NO.3
- ⑤選手変更の場合は、必ず試合開始までに本部に届けて下さい。
- ⑥テニスウエア、テニスシューズのカラーの制限は致しません。
- ⑦ウォーミングアップは、サービス4本とします。ベンチコーチは、1名認めます。
- ⑧試合方法は、都合により変更する場合があります。
- ⑨試合中は携帯電話の電源は切っておいて下さい。
- ⑩雨天の場合も、会場に集合して下さい。
- ⑪その他、ルールブック2020に基づき試合を行います。
- ⑫別紙記載の新型コロナウイルス感染防止ガイドラインに沿って大会を実施します。

連絡先

〒849-0923 佐賀市日の出二丁目1-11 佐賀県スポーツ会館内
佐賀県テニス協会
MAIL mail@saga-tennis.com
TEL 0952-20-0774（平日10時～16時） FAX 0952-20-0866

第49回 緒方杯秋季クラブ対抗テニス大会

< 新型コロナウイルス感染防止の為の注意事項 >

- ①開会式は行いません。チーム代表者（監督）会議を行い、大会説明を行います。
- ②チームの代表者は、当日の監督会議時にメンバー全員分の状況を記載した健康チェックシートを必ず提出してください（参加者は当日朝、自宅で検温をお願い致します）。
- ③会場の人数を減らし、密を防ぐため、極力選手のみのご来場にご協力願います。
- ④大会1週間前から当日の朝まで自宅で検温を行い、37.5度以上の発熱がある場合や、咳や咽頭痛などウイルス感染の疑いがある場合は参加を辞退していただきます。
- ⑤大会1か月以内において、新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がある場合はご参加いただけません。
- ⑥大会1か月以内において、同居家族や身近な知人に新型コロナウイルス感染症の疑いがある方がいらっしゃる場合は、ご参加いただけません。
- ⑦大会当日から2週間前までの間、政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要と発表されている国・地域への渡航、並びに当該在住者との濃厚接触がある場合はご参加いただけません。
- ⑧試合中を除き、会場内ではマスクを着用ください。
- ⑨手洗いやうがい等をこまめに行い、各自で感染予防対策を行うことにご同意願います。
- ⑩試合前・後の握手を自粛します。ネットをはさんで距離を取り、相手に敬意を表した会釈等の挨拶をしてください。
- ⑪試合中、ペアとのハイタッチ等や近い距離での会話は行わないでください。
- ⑫会場内で出たごみは、必ず各自でお持ち帰りください。会場内にゴミ箱は準備しません。
- ⑬大会期間中は、上記感染防止対策に協力していただきます。ご協力いただけない場合はご退場いただくこともございます。
- ⑭申込責任者は、上記内容に同意いただき、参加者への周知徹底をお願い致します。

連絡先

〒849-0923 佐賀市日の出二丁目1-11 佐賀県スポーツ会館内

佐賀県テニス協会

MAIL mail@saga-tennis.com

TEL 0952-20-0774（平日10時～16時） FAX 0952-20-0866

健康チェックシート

チェックシートは大会開催にあたり新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の皆様の健康状態を確認することを目的としています。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。感染者又は感染の疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所等の関係機関に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

チーム名												
記載責任者												
項目	氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
健康状態	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	咳(せき)が出る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	痰(たん)がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	頭が痛い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	だるさ(倦怠感)がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	味覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	嗅覚以上がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
行動歴	新型コロナウイルスに感染(陽性)された方と濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	政府から入国制限、入国後の観察時期が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 本票は一定期間保管した後、破棄します。

2020 緒方杯 参加チームリスト

No	男子チーム
1	SKTC
2	SPTC
3	SUMCOファーム
4	SUMCOモッツ1
5	T-CLUB A
6	T-CLUB B
7	Tennis Fan BAMBOO
8	ちーといつ
9	グラスコート佐賀テニスクラブ
10	佐賀銀行
11	佐賀市役所テニスクラブ
12	太閤テニスクラブ
13	武雄テニスクラブ A
14	武雄テニスクラブ B
15	北斗七星A
16	北斗七星B
17	北斗七星C
18	北斗七星D&スポーツクロマティ
19	大和テニスクラブA
20	大和テニスクラブB

(順位不同)

男子シード 無し

全チーム抽選によりドローを決定

*前年度未開催、今年度参考大会無の為

No	女子チーム
1	RSP A
2	RSP B
3	T-CLUB
4	おりびあテニスクラブ
5	鹿島ローンテニスクラブ
6	グラスコート佐賀テニスクラブ
7	佐賀グリーンテニスクラブ
8	スポーツクロマティ
9	太閤テニスクラブ S
10	太閤テニスクラブ A
11	武雄テニスクラブ
12	チームZERO9
13	ファインヒルズTC
14	北斗七星
15	大和テニスクラブ

(順位不同)

女子シード

1	ファインヒルズテニスクラブ
2~3	北斗七星
2~3	RSP B

*女子のシード順は前年度成績とSTPポイントで決定しました。

*組合せ抽選は事前に事務局にて行い、大会当日に発表します。