　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３年　７月　日

各チーム関係指導者及び保護者　各位

(一社) 栃木県バスケットボール協会　　会長　小曽戸和彦

(一社)栃木県バスケットボール協会Ｕ１２部会　部会長　阿久津宏一

**ミニバスケットボールクリニックの開催について**

　日頃より，本協会の諸事業につきましては，多大なるご尽力を賜り深く感謝申し上げます。

　さて，日本バスケットボール協会における，ミニバスケットボールに関わる**指導者**及び**選手**の育成を趣旨とした「Ｕ１２構想」に基づき，**選手(男子・女子)**を対象としたミニバスケットボールクリニックを，下記の通り開催することになりました。お忙しいところとは存じますが，ご参加くださいますようお願いいたします。なお、今年度の指導者を対象としたクリニックは，「Ｕ１２関東ＤＣ伝達講習」を兼ねてＷeb上で実施できるよう準備しております。ご理解いただき、今後ともご協力・ご支援いただけますよう、よろしくお願いいたします。

**記**

１ 主　催 　栃木県バスケットボール協会

　　　　　　　　栃木県バスケットボール協会Ｕ１２部会

２　日　時 令和３年　８月２２日（日）

○女子選手（県Ｕ１２DC選手）クリニック　１０：００～１２：３０

（受付　９：３０～）

○男子選手（県Ｕ１２DC選手）クリニック　１３：３０～１６：００

（受付１３：００～）

３　場　　所 鹿沼総合体育館ＴＫＣいちごアリーナ　　　住所　鹿沼市下石川６９４－１

４　参加対象者　　令和元年度栃木県ﾐﾆﾊﾞｽｹｯﾄﾎﾞｰﾙ連盟の登録選手

○男女選手　　　　　　　　　　 １チーム１名

　　　　　　　 ○Ｕ12県ＤＣ選手　　　　　　　男女 該当者

５　受講料　　　　１人５００円（男女選手・Ｕ１２県ＤＣ選手　一人につき５００円）

当日集金します。

６　講　師　　　　メイン講師　未定　後日お知らせします。

　　　　　　　　　Ｕ１２県ＤＣコーチ　周藤真理子　　渡辺淳一

７　日　程 　 令和３年８月２２日（日）

　　　　　　　　　　９：３０～　　　　　　　受付　女子選手

　１０：００～１２：３０　　女子選手クリニック（開閉講式も含む）

　　　　　　　　　１３：００～　　　　　　　受付　男子選手

１３：３０～１６：００ 男子選手クリニック（開閉講式も含む）

８　持参する物

　　　　　○選手クリニック

バスケットボール（5号球），シューズ，飲み物，バスケノート＆筆記用具，健康チェックシート(２週間検温)

９ 参加申込

* 選手の申し込みは８月２日（月）迄に各地区申込先までに，下記参加申し込み書を提出。〆切は厳守してください。提出方法は，各地区により異なりますのでよく確認ください。

※本通知が両面刷りな場合，裏面をコピーして，申込書を提出することをお勧めいたします

**申込先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 地区申込先 | 提出先氏名 |

　　　提出先住所

|  |
| --- |
| 〒 |

　　　　 Tel

　　　　 Fax

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

ミニバスケットボールクリニック**(選手)参加**申し込み書

　　Ｕ12県ＤＣ選手はこの申し込みは必要ありません。

令和３年 　 月 　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区  　名 |  | 所属  チーム名 |  | 男子  女子 |

　○印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加者名 | チーム名 | 学年 | 連絡先住所 | 連絡先℡番号 |
|  |  |  |  |  |