

## 第118回九州医師会医学会記念 テニス大会

### —第106回全九州医師テニス鹿児島大会—

1. 日 時 平成30年11月18日（日） 受付8：30 開始9：00（15：00終了予定）  
小雨決行（大会連絡先：090-3079-4931当日のみ）
2. 場 所 日置市伊集院総合運動公園（屋内コート3面あり）  
〒899-2442 日置市伊集院町野田1792 TEL：099-272-2525  
新幹線利用の方：鹿児島中央駅から鹿児島本線に乗換え（鹿児島中央駅発7時21分、7時57分）、伊集院駅下車（約25分）伊集院駅からタクシーで10分。  
なお、希望者多数の場合は鹿児島中央駅から大会会場までのシャトルバスを運行します。利用希望の有無を申し込み用紙にお書きください。  
シャトルバスは、鹿児島中央駅（西口）発8時10分発の1便のみです。  
  
大会当日駅伝大会があり9時以降交通規制が予定されています。テニス大会参加者には便宜が計られますが、早めに（9時までには）ご来場下さい。
3. 参加資格 九州及び山口県在住の医師ならびにその夫人（配偶者）
4. 競技方法 1）トーナメント（コンソレあり）、またはリーグ戦  
2）6ゲーム先取ノーアドバンテージ方式、セルフジャッジ  
場合により試合方法を変更することがあります。
5. 参加費 1人 10,000円（懇親会、昼食費その他を含む）  
初参加の方は別に2,000円お納め下さい。30歳未満の方は免除。  
（九州医師テニス協会へ入会される方は入会金に代えさせていただきます）  
懇親会のみ参加の方は6,000円です。  
締切後の参加費は返金しかねますのでご了承下さい。
6. 懇親会 平成30年11月18日（日） 大会終了後、17：00開始  
鹿児島サンロイヤルホテル（ホテルの温泉を1000円で利用できます。）  
〒890-8581 鹿児島市与次郎1-8-10 TEL 099-253-2020  
試合会場からホテルまではシャトルバスを運行いたします。  
試合会場周辺にも温泉施設がございます。
7. 申込方法 42頁の「テニス大会申込書」を郵送又はFAXして下さい。  
下記の送金をもって参加申込み完了となります。
8. 送金方法 銀行振込でお願いします。  
鹿児島銀行草牟田支店（普）897149 鹿児島ドクターズテニス
9. 申込締切日 平成30年9月30日（日）
10. 申込先 〒890-0053 鹿児島市中央町8番地1 鹿児島県医師会内  
第119回九州医師会医学会記念テニス大会係  
TEL：099-254-8121 FAX：099-254-8129
11. 問合せ先 〒890-0082 鹿児島市紫原4丁目27-19  
紫原たはら医院 太原 博史  
TEL：099-252-5233 FAX：099-250-0192 mail：tgf-tahara@nifty.com

12. 種 目 ダブルス（参加種目は一人1種目）

- (1)77歳以上 パートナーを決めずにお申込み下さい。
- (2)70歳以上 (3)65歳以上A (4)65歳以上B (5)55歳以上A
- (6)55歳以上B (7)45歳以上A (8)45歳以上B
- (9)オープンA（年齢制限なし） (10)オープンB（年齢制限なし）
- (11)女子オープン (12)女子50歳以上 (13)女子70歳以上

※エントリー状況によりクラス分けの変更や、クラスの移動をお願いすることがあります。あらかじめご了承下さい。

エントリールール ①年齢は試合開催年の12月31日の年齢とします。

- ②年齢別クラスの異なるペアは若い方のクラスにエントリーして下さい。
- ③女性は女子種目以外に参加の場合、年齢に10歳加算できます。
- ④年齢より若いクラスへの出場は差し支えありません。
- ⑤直近2回（1年以内、104回福岡大会および105回下関大会）の優勝ペアは同じペアで同じクラスにはエントリーできません。
- ⑥Bクラス優勝者はAクラスに出場して下さい（同じペアでAクラス出場可）。ただし、特別の事情があるときには理事会の承認を必要としますので事前に大会担当者にご相談下さい。

ドローなどは九州医師テニス協会ホームページに掲載します。k-mta.com

そ の 他 シングルス大会は、11月17日（上）に14時から翌日の本大会と同じ会場（インドアコートのみ使用）で行います。本大会申し込み用紙にて参加の旨明記下さい。詳細は後日連絡します。

シングルス大会の問い合わせ先 牟田実 TEL：090-8830-8670

前泊される方は、鹿児島中央駅近辺のホテルが最適です。

キリトリ線

FAX 099-254-8129

テニス大会申込書

平成30年 月 日 申込

所属医師会名	県 医師会・大学					県・ 医師会・大学				
フリガナ氏名										
生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)					T・S・H 年 月 日 ( 歳)				
住 所	〒 TEL FAX					〒 TEL FAX				
参加種目	77歳以上	70歳以上	65歳以上	55歳以上	55歳以上A	45歳以上A	45歳以上B	オープンA	オープンB	女性
懇親会	出席 会員・夫人・子供 人				欠席	出席 会員・夫人・子供 人				欠席
参加費	合計 円（銀行振込でお願いします）									
18日朝のシャトルバス	希望する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>									
シングルス大会	参加する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>									
その他連絡事項										

※該当事項に記入または○印をしてください。

受付 平成30年 月 日 No.

