

令和6年度バスケットボール競技(知的の部)

福岡県代表選手選考会実施要綱

1 目 的

令和7年度に開催される第24回全国障害者スポーツ大会(わたSHIGA輝く障スポ)バスケットボール競技(知的の部)九州ブロック予選会に出場する福岡県代表チームの選手選考を行うことを目的とする。

2 主 催

福岡県、一般社団法人福岡県障がい者スポーツ協会

3 開 催 日

令和7年2月2日(日)(予備日なし)

4 会 場

クローバープラザ アリーナ棟体育館
〒816-0804 春日市原町3丁目1番7

5 適用規則

競技の際に適用する競技規則は、開催年度の(公財)日本パラスポーツ協会編「全国障害者スポーツ大会競技規則集」に基づくものとする。

6 参加資格

次の全ての条件を満たす者。

- (1) 令和7年4月1日現在13歳以上の知的障がいのある者。
- (2) 厚生事務次官通知(昭和48年9月27日厚生省発児第156号)による療育手帳の交付を受けた者。あるいは、その取得対象に準ずる障がいのある者とする。
- (3) 県内に現住所(住民票のある地)を有する者。若しくは、県内の学校に通学している者及び施設に入所・通所している者。(ただし、北九州市、福岡市は除く。)
- (4) 令和7年度(日程未定)に大分県で開催される九州ブロック予選会への参加意思がある者。

7 スケジュール概要(予定)

10:00 受付
10:20 開始式、セレクション内容説明
10:30 セレクションスタート(練習会含むミニゲーム等実施)
12:30 終了式
12:45 解散

8 参加費

参加に要する費用(交通費、弁当等)は、参加者の負担とし、選考会の運営にかかる費用は徴収しない。

9 参加申込方法

個人又は所属団体ごとに、別紙「参加申込書」に必要事項を記入し、以下の証明書類を添付のうえ、下記まで申し込むこと。(参加申込期日:令和7年1月22日(水)まで)

○証明書類:療育手帳の写し

(療育手帳の写しが提出できない場合は、以下の取得対象に準ずる障がいを認める書類)

- a 児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書の写し
- b 医師の診断書
- c 在籍(在学、通所、入所)又は卒業(退所)先の所属長による証明書

10 実施中の事故について

主催者は応急処置のみ行い、それ以上の責任は一切負わないものとする。なお主催者において傷害保険に一括加入する。

11 個人情報の取扱いについて

選考会にあたり、選手の氏名、写真、映像等がテレビ・新聞等で報道されることがある。また、プログラム及び大会報告書の冊子や協会ホームページ等に、氏名、障がい、所属団体名、選考会中の写真等を掲載することがあり、これらのことについては参加申込書が提出されたことをもって同意があったものとする。

12 その他

- (1) 悪天候等により中止する可能性がある。その際は参加団体の代表者を通じて連絡する。
- (2) 中止となった場合は、参加意向があった各チーム代表者に候補選手の推薦を要請し、各代表者との協議の上で選手を選出する。

13 事務局連絡先

一般社団法人福岡県障がい者スポーツ協会

担当:江島(えしま)

〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1-7 クローバープラザ6階

TEL:092-582-5223 FAX:092-582-5228(平日9:00~17:00)

当日緊急連絡先:070-7658-5834