

第16回 四国シニアソフトボール大会 要 項

1. 主 催 四国ソフトボール協会
2. 主 管 高知ソフトボール協会
3. 期 日 平成29年10月29日（日）
4. 会 場 野市青少年センター（香南市野市町）
5. 参加チーム数 各県2チームの計8チームとする
6. 参加資格 ① 2017年度（公財）日本ソフトボール協会に加盟登録済みチームであること
② 各県協会長が出場を認めたチームであること
③ チーム編成は次の通りとする
監督 1名、コーチ 2名、スコアラー 1名、選手 25名以内とする
監督・コーチが選手を兼ねる場合は選手登録をすること
④ チーム内に公認指導者の有資格者がいること
スコアラーは公式記録員の資格者に限る
7. 試合方法 トーナメント方式にて行う
8. 競技規則 2017年度（公財）日本ソフトボール協会オフィシャルルールに準ずる
9. 競技方法 ① トーナメント戦により優勝チームを決定する。
② 決勝戦を含み、5回以降7点差コールドゲームを採用
③ 80分時間設定ゲームとする。80分を過ぎて新しいイニングに入らない。
同点、及び時間切れで同点の場合、タイブレーカー2回を行なう。
なおも同点の場合は抽選とする。
④ ベースコーチはヘルメットを着用のこと。
10. 使用球 マルエス3号球とし、大会本部が用意する
11. 参加料 25,000円
12. 振込先 ※ 振込先（振込手数料はご負担願います）

四国銀行 県庁支店 口座番号 普通 0408702 高知ソフトボール協会 会長 中内 桂郎(ナカウチ ケイロウ)

13. 申し込み締切 平成29年10月16日（月）午後5:00必着のこと。
14. 申し込み先 〒781-0311 高知市春野町芳原2445-3
高知ソフトボール協会 理事長 岡本 友章
FAX 088-805-2081
◆ 申込書は高知ソフトボール協会のHPより取得できます。
プログラム掲載用はe-mail:kochisoftball@vesta.ocn.ne.jpにお願いします。
15. 抽 選 平成29年10月18日（水）協会にて代理抽選を行う。
16. 監督会議 平成29年10月29日（日）8時00分より Aコート本部席にて行う。
17. 開会式 平成29年10月29日（日）8時30分より Aコートにて開催
18. 傷 害 主催者は、傷害については応急処置の他は一切の責任を負わない
各チームはスポーツ傷害保険に必ず加入しておくこと

19. その他

- ① 大会参加者の旅費等については、すべて出場チームに負担とする
 - ② 監督会議には監督がユニホーム着用して参加すること
 - ③ 開会式には、チーム全員がユニホーム着用にて参加のこと。
- 9名以上(試合が成立する人数)の参加が出来ないチームは、原則として棄権とみなす
- ④ ベンチ入りできるのは参加申込書に記載されている者に限る。
 - ⑤ 出場期間中のチーム関係者の行動責任については監督が全てを負うものとする
 - ⑥ 試合中はベンチから出ない。喫煙及び携帯電話の使用も認めません。
 - ⑦ 大会に関する問合せ先
高知ソフトボール協会 FAX 088-805-2081
 - ⑧ 駐車場は北側大駐車場を使用してください。
 - ⑨ 喫煙者は決められた喫煙所をお願いします。
 - ⑩ 雨天による問合せ(午前7時以降にお願いいたします)
濱崎 哲一 審判長 090-2781-7822

※ 大会全般の問合せ先 事務局長 下元 陸生 090-4335-2555