

## 令和7年度若人の集い「ボッチャ交流会」開催要項

### 1 目 的

健常者と障害者の相互の交流を深め、明るくたくましい心を持ち、積極的な社会参加の姿勢を高めることを通じて、地域社会における障害者と健常者相互の友愛の輪を広めるために行なう。

### 2 主 催

茨城県

一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会・青年部会

### 3 後 援

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会

一般社団法人 茨城県身体障害者福祉団体連合会

社会福祉法人 龍ヶ崎市社会福祉協議会

### 4 協力団体（予定）

茨城県ボッチャ協会

### 5 日 時

令和7年11月29日（土）（受付開始 午前10時から）

午前10時30分から午後3時30分（予定）

### 6 会 場

ニューライフアリーナ龍ヶ崎（たつのこアリーナ） メインアリーナ

龍ヶ崎市中里3丁目2番-1 TEL:0297-64-8674

### 7 参加対象者・人数

身体障害者手帳の交付を受けている18歳以上の身体障害者の方

健常者 若干名

70名程度（先着）

### 8 参加費

出場者 お一人様 1,000円 （お弁当、お茶付、参加賞）

応援者 // 600円 （お弁当、お茶付）※希望者のみ

### 9 競技等について

（1）1チーム3名でお申込み下さい。

ただし、個人でお申込みの方、3名以下でのお申込みの方については当会でチームを組ませていただきます。

（2）1ゲーム2エンドでおこないます。

（3）トーナメントで順位を争います。（上位3位賞品あり）

- (4) ローカルルールでおこないます。
- (5) スローイングボックスからの投球は2ボックスで行ないます。
- (6) ポッチャ道具一式は協会でご用意いたしますが、各団体または個人でボールをお持ちの方はご持参ください。

## 10 申込み方法および申込み期限

- (1) 別紙(1)(2)の申込書により、郵送またはFAXでお願いいたします。
- (2) 参加費は銀行振込みにてお願いします。参加申込書とお振込みで受付いたします。

※恐れ入りますが、振込手数料は各自ご負担願います。

※振込受領書を領収書に代えさせていただきます。

※中止以外、11月10日(月)以降の返金は出来ませんのでご了承ください。

振込先 ジョウヨウギンコウケンチョウシテン フツウ 常陽銀行県庁支店(普通) 口座番号1102615  
 口座名義人 イッパンシャダンホウジンイバラキケンシンタイショウガイシャフクシキョウギカイ 一般社団法人茨城県身体障害者福祉協議会  
カイチョウ ヨネカワ マサノリ  
 会長 米川 正典

- (3) 申込み先 〒310-0851 水戸市千波町1918  
 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館(茨城県総合福祉会館)  
 一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会 担当 大森  
 FAX029-243-7018 (電話029-243-7010)
- (4) 申込み期限 令和7年10月30日(木)

- 11 開催当日の連絡先 一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会  
 携帯電話 080-9290-0675

## 12 アクセス

[自動車でお越しの方]

- ・ 国道6号から県道243号(八代庄兵衛新田線)に入り直進。  
 (約8.5km/約15分)
- ・ 圏央道阿見東ICから県道34号(龍ヶ崎阿見線)、竜ヶ岡中央交差点を左折し直進(約9.5Km/約25分)

## 13 その他

- 各自の健康管理には十分ご留意のうえ、健康状態に不安がある場合には医師の診断を受けてください。
- 日赤看護職員を派遣いたします。
- 参加者全員傷害保険に加入いたします。
- 運動しやすいような服装でご参加下さい
- 体育館履き、タオル、飲料水等を各自ご持参下さい。
- 介助者の必要な方は必ず付けて下さい。

別紙(1)

## 若人の集い「ポッチャ交流会」出場者申込書

一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会 行

申込日: 令和 年 月 日

団体名

担当者名

連絡先

TEL

1チーム3名でお申込み下さい。キャプテンは名前の欄□に必ず✓をしてください

|                                              |   |     |    |      |
|----------------------------------------------|---|-----|----|------|
| フリガナ                                         |   | 年 齢 | 性別 | 電話番号 |
| 氏 名                                          | □ |     |    |      |
| 住 所                                          |   |     |    |      |
| □障害者(□肢体 □車いす □視覚 □聴覚 □内部) □健常者(□に必ず✓してください) |   |     |    |      |
| フリガナ                                         |   | 年 齢 | 性別 | 電話番号 |
| 氏 名                                          | □ |     |    |      |
| 住 所                                          |   |     |    |      |
| □障害者(□肢体 □車いす □視覚 □聴覚 □内部) □健常者(□に必ず✓してください) |   |     |    |      |
| フリガナ                                         |   | 年 齢 | 性別 | 電話番号 |
| 氏 名                                          | □ |     |    |      |
| 住 所                                          |   |     |    |      |
| □障害者(□肢体 □車いす □視覚 □聴覚 □内部) □健常者(□に必ず✓してください) |   |     |    |      |

1チーム3名でお申込み下さい。キャプテンは名前の□に必ず✓をしてください

|                                              |   |     |    |      |
|----------------------------------------------|---|-----|----|------|
| フリガナ                                         |   | 年 齢 | 性別 | 電話番号 |
| 氏 名                                          | □ |     |    |      |
| 住 所                                          |   |     |    |      |
| □障害者(□肢体 □車いす □視覚 □聴覚 □内部) □健常者(□に必ず✓してください) |   |     |    |      |
| フリガナ                                         |   | 年 齢 | 性別 | 電話番号 |
| 氏 名                                          | □ |     |    |      |
| 住 所                                          |   |     |    |      |
| □障害者(□肢体 □車いす □視覚 □聴覚 □内部) □健常者(□に必ず✓してください) |   |     |    |      |
| フリガナ                                         |   | 年 齢 | 性別 | 電話番号 |
| 氏 名                                          | □ |     |    |      |
| 住 所                                          |   |     |    |      |
| □障害者(□肢体 □車いす □視覚 □聴覚 □内部) □健常者(□に必ず✓してください) |   |     |    |      |

|     |         |   |   |   |
|-----|---------|---|---|---|
| 合 計 | 1,000 × | 名 | = | 円 |
|-----|---------|---|---|---|

※用紙が足りない場合はコピーをしてください。

申込先

〒310-0851 水戸市千波町1918 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館  
一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会  
FAX 029-243-7018 担当:大森

別紙（2）

令和7年度若人の集い「ポッチャ交流会」 応援者申込書

一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会 行

申込日 令和7年 月 日

市町村団体名

担当者名

連絡先 TEL

| No. | 氏 名          | 電話番号    | 昼食を申込みの方は<br>○をつけて下さい。<br>(600円) |
|-----|--------------|---------|----------------------------------|
| 1   |              |         |                                  |
| 2   |              |         |                                  |
| 3   |              |         |                                  |
| 4   |              |         |                                  |
| 5   |              |         |                                  |
| 6   |              |         |                                  |
| 7   |              |         |                                  |
| 8   |              |         |                                  |
| 9   |              |         |                                  |
| 10  |              |         |                                  |
| 合計  | 昼食代（お弁当・お茶付） | @600× 名 | = 円                              |

申込先 〒310-0851 水戸市千波町 1918

セキショウ・ウェルビーイング福祉会館

一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会

FAX:029-243-7018

担当：大森