



## SC 鳥取 サマークリニック 2005

### 【 目 的 】

地元地域サッカー少年少女のサッカー技術向上及び SC 鳥取選手スタッフとの親睦を図る。

### 【 内 容 】

3日間集中形式サッカークリニックを開催する。

### 【 指 導 陣 】

SC 鳥取チームスタッフ及び選手(予定:メインコーチ塚野。そのほか2名から3名が各セッションを受け持ちます)

#### [チームスタッフ]

塚野真樹(チームGM) 元ヴィッセル神戸選手 前 SC 鳥取監督 A 級ライセンスコーチ(JFA 公認)

吉川尚男(チーム監督) A 級ライセンスコーチ(JFA 公認)

廣崎 圭(チーム強化部長) 元 SC 鳥取選手 B 級ライセンスコーチ(JFA 公認)

森野 巧(ヴェルドル監督) 元 SC 鳥取選手 B 級ライセンスコーチ(JFA 公認)

#### [チーム選手]

木下 桂(SC 鳥取 MF4 番) 元ヴィッセル神戸選手 A 級ライセンスコーチ(米国サッカー協会公認)

ほか参加予定選手 山村泰弘・実信憲明・浜村大樹・増本浩平・西村英樹・平田順也

### 【 日 時 】

2005 年 8 月 第 1 回 1~3 日 第 2 回 8~10 日 第 3 回 22~24 日

第 1 日	集合	1000-1015 開講式 (中海)	1015-1145 実技① (中海)	1200-1230 昼食 (YCH)	1230-1330 休憩 (YCH)	1400-1545 実技② (中海)	解散
第 2 日	集合	1000-1145 実技③ (中海)		1200-1230 昼食 (YCH)	1230-1330 休憩 (YCH)	1400-1545 試合① (中海)	解散
第 3 日	集合	1000-1145 実技④ (中海)		1200-1230 昼食 (YCH)	1230-1330 休憩 (YCH)	1400-1545 試合② (中海)	1545-1600 閉講式 (中海) 解散

★ (中海) = 中海ふれあい芝生広場 (YCH) = やまつみクラブハウス

【 場 所 】

島根県安来市 中海ふれあい公園 芝生広場 及び やまつみスポーツクラブ

★雨天などで中海ふれあい公園使用不能の場合は、やまつみクラブコート(屋内人工芝 25m×55m)で行います。

【 主 催 主 管 】

NPO 法人やまつみスポーツクラブ

【 後 援 】

(財)鳥取県サッカー協会 西部支部 4 種委員会

(社)島根県サッカー協会松江支部 4 種委員会(予定)

【 特 別 協 賛 】

セコム山陰株式会社

コカ・コーラウエストジャパン株式会社

【 募 集 対 象 】

小学生男女(居住地は問いません) 各回 50 名程度定員

【 参 加 費 】

3 日間 12,000 円 (やまつみスクール生は 10,000 円)

★スポーツ保険料・3 日間の飲料代・昼食代など含まれます。

【 参 加 賞 】

SC 鳥取クリニックオリジナルシャツ1枚 スクイーズボトル1本 JFL ホームゲーム親子観戦招待券 ほか

【 申 込 み 】

別紙申し込み用紙に必要事項をご記入の上、SC 鳥取事務局まで FAX もしくは郵送にてご送付下さい。

その後、下記の口座に参加費をお振込下さい。

**振込先 山陰合同銀行 米子東支店 普通 2783052 特定非営利活動法人やまつみスポーツクラブ**

開催日1週間前締め切りです。(募集人員に達し次第締め切り)

【 参 加 可 否 】

申込み受付後、参加費をご入金頂いて正式参加 OK と致します。

【 注 意 事 項 】

★参加者にはすべてスポーツ安全保険加入手続きを事務局で行います。

★怪我・事故において応急処置は行いますが、最終的な責任を主催者は負いません。

★準備品 サッカーの出来る用具服装 ボール1個 屋内用シューズ 着替え

★マイクロバス・ワゴン車による送迎を行います。

(一部地域を除きます。待ち合わせ場所/米子駅・小学校・公民館・など。申し込み時に希望お申し出下さい。)

[問合せ申込み] SC 鳥取事務局 〒683-0824 米子市久米町 253-1

TEL/FAX 0859-37-3515

Eメール [info@sc.tottori.net](mailto:info@sc.tottori.net) SC 鳥取事務局 担当平田まで

# SC鳥取 サマークリニック 2005 参加申込書

(複数必要な場合コピーしてお使い下さい)

参加希望日

第1回 8月1～3日

第2回 8月8～10日

( にチェックをお願いします)

第3回 8月22～24日

複数回参加OKですが、体力的に無理のないようお願いいたします。

## 参加者欄

氏名(ふりがな)					
生年月日	19	年	月	日	満 才
小学校名	小学校		年生		
サッカー歴	経験あり ( 才の時から 年間 希望ポジション GK DF MF FW ) 経験なし				

## 保護者欄

氏名(ふりがな)					
住所	〒				
自宅電話					
FAX					
Eメール					
携帯電話					

## 送迎欄

送迎を希望する	_____	学校	
	_____	公民館	を待ち合わせ場所に希望します。
		米子駅	
送迎を希望しない			

## 同意欄

事故傷害	クリニック参加時における事故・傷害の最終責任を主催者に求めないことに同意します。  保護者氏名
個人情報	本クリニック参加申込書に記載されている個人情報について主催者は以下の目的において使用します。 またその管理を徹底し、クリニック終了後は責任をもって破棄致します。 ・クリニック参加希望者との連絡 ・クリニック参加のグループ分けの参考 ・スポーツ安全保険加入のため保険会社へ提供  参加申込書に記載されている個人情報を上記の目的で使用することに同意します。  保護者氏名