第4回SMG杯札幌ミックスダブルス選手権大会募集要項

主催 医療法人社団鈴木内科医院、一般社団法人札幌カーリング協会

協賛 ノアインターナショナル株式会社、中川胃腸科クリニック

協　　　力　　　北海道カーリング協会

大会日程 2016年4月9日(土)～10日(日)

4月9日　　 受付 8：30～

チームミーティング 9：00～

開会式　　　　　　　　　　9：30～

　　　 競技 10：00～19：00

　　 レセプション 20：00～

(会場未定)

4月10日 競技 9：00～18：30

表彰式・閉会式 18：30～

参加資格 男女各1名で構成するチームで、どちらか一人は国内のカーリング協会の会員であること

募集数 30（応募チーム多数の場合抽選を行う）

参加料 1チーム　15,000円(レセプション会費を含む)

競技方法 予選リーグおよび決勝トーナメント

組合せ 大会事務局にて事前抽選を行う

競技規則 日本カーリング協会競技規則(2015・1月版)及び2015.10世界カーリング連盟競技規則改正事項、並びに本大会が決める規則による

申込締切 201６年3月5日(土)（参加チーム抽選結果は３月６日（日）に札幌カーリング協会ホームページ http://www.sapporo-curling.org/　にて発表予定）

申込先 一般社団法人札幌カーリング協会

game-rgst@sapporo-curling.org

☎　011-855-1200

第４回SMG杯札幌ミックスダブルス選手権大会参加申込書

|  |
| --- |
| チーム名 |
| 代表者 |
| 連絡可能email |
| 2013～2014シーズン以降のチームの公式戦戦績があればご記入ください（組み合わせ抽選時の参考にします）  例）  第８回JAL杯北海道ミックスダブルスカーリング選手権３位  第８回日本ミックスタブルスカーリング選手権出場 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏 名 | 住 所・電話番号 | 性 別 |
|  |  |  |
| 氏 名 | 住 所・電話番号 | 性 別 |
|  |  |  |

申込期限　2016年3月5日(土)

申込先 一般社団法人札幌カーリング協会

email game-rgst@sapporo-curling.