2026年度開催

横浜パラスポーツフェスティバル

卓球②

自分にあった種目で参加してみませんか？？



開催日・会場

2026年12月13日(日)

横浜ラポール
【メインアリーナ】

実施時間・内容

10:00～12:00　交流戦＋ワンポイントアドバイス

＊個人で参加される方におススメ！
＊交流戦･･･1試合3セットマッチを3～4試合程度実施します！
＊ワンポインタドバイス･･･卓球協会の指導者からアドバイスが貰えます！

13:00～15:00　1本集中戦

＊3名～5名で戦う団体戦！（詳細は裏面をご確認ください！）

対象者・定員

- 障害のある方
- 交流戦＋ﾜﾝﾎﾟｲﾝﾄｱﾄﾞﾊﾞｲｽ
  30名
- 1本集中戦
  12チーム

参　加　費

- 交流戦＋ﾜﾝﾎﾟｲﾝﾄｱﾄﾞﾊﾞｲｽ
  1名500円
- 1本集中戦
  1チーム1000円

申し込み

- 期間：10/1～11/13
- いずれかの方法で
  申込用紙を提出
  ①横浜ラポール窓口に提出
  ②郵送
  ③FAX

初心者・経験者問わず、どなたでも参加可能です！

※参加可否は11月末までに郵送でお知らせします。申し込み多数の場合は抽選とします。

障害者スポーツ文化センター
横浜ラポール

〒222-0035
横浜市港北区鳥山町1752
TEL 045-475-2050 / FAX 045-475-2053

協力団体：横浜市卓球協会・横浜市パラスポーツ指導者協議会

1本集中戦　ルール

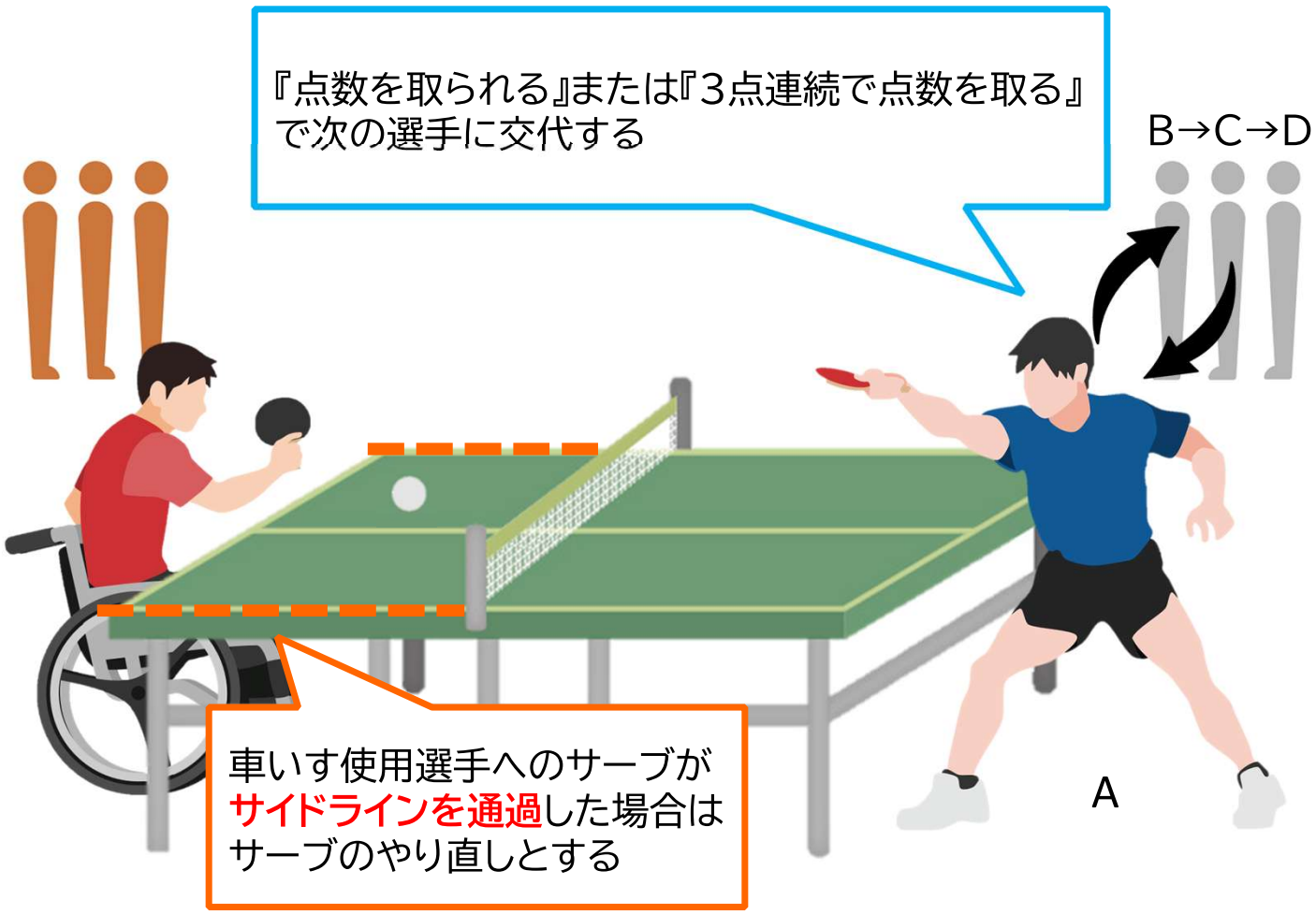
チームの人数
３～５人（団体戦）

勝　敗
２セット先取（１セット１１点制）

試合のすすめ方
①セット開始時にチーム内で出場する順番を決める
（３人＝ABC　５人＝ABCDE）
②選手は次の時に交代となります
『点数を取られる』または『３点連続で点数を取る』

サーブ権
①試合開始時はじゃんけんで決める
②以降は失点したチームがサーブを行なう

その他
車いす使用選手へのサーブは、サイドラインを通過した場合やり直しとなる



令和8年度　横浜パラスポーツフェスティバル「卓球②」

【交流戦＋ワンポイントアドバイス】 申込用紙

申込年月日	2026年　　月　　日

参加者情報	
氏　名	ふりがな
ラポール 利用者番号	利用者カードをお持ちの方はご記入ください
性　別	男　・　女
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日　（　　歳）
連絡先	
住　所	〒
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳：必要　・　不要　）
障害者手帳の有無	知的（ B2　B1　A2　A1 ）　精神（　　級）　肢体（　　級）　手帳なし 手帳がなく以下の証明書がある方は〇をつけてください （受給者証･リハセンター又は療育センター利用証明書･特別支援教育在籍証明書）
合併症	①てんかん：無　・　有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）
運動をするうえでの 留意点･禁忌	無　・　有(内容：　　)

＊この個人情報は、当センター事業の目的以外で使用することはありません。

※裏面もご記入ください

横浜パラスポーツフェスティバル【卓球②】
承諾書

以下をご確認の上、ご署名ください

主催者がプログラム中に写真や動画を撮影させていただく場合がございます
この記録はプログラムの評価及び事業報告や、プログラムの案内に活用させていただくことがあります。
写真や動画撮影についてご承諾いただけますか。
※代表者の方はチームの方へのご連絡、共有の方をお願いいたします。

承諾する　・　承諾しない

（　顔出し可　/　後ろ姿のみ　）

署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者・家族の署名でも可）

※これらの個人情報は、当施設の事業目的以外で使用することはありません

令和8年度　横浜パラスポーツフェスティバル「卓球②」

「1 本集中戦」申込用紙

申込年月日	2026年　　月　　日

チーム名	

1人目（代表者）

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　　月　　日 （　　歳）	
住所	〒　　―		電話番号	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳：必要 ・ 不要 ）			
障害者手帳の有無	知的（ B2　B1　A2　A1 ）　精神（　　級）　身体（　　級）　手帳なし 手帳がなく以下の証明書がある方は〇をつけてください （ 受給者証 ・ リハセンター又は療育センター利用証明書 ・ 特別支援教育在籍証明書 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

2人目

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　　月　　日 （　　歳）	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳：必要 ・ 不要 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

3人目

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　　月　　日 （　　歳）	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳：必要 ・ 不要 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

4人目

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　　月　　日 （　　歳）	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳：必要 ・ 不要 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

※裏面もご記入ください

５人目

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦） 年 月 日 （ 歳）	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳：必要 ・ 不要 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度： 直近の発作時期： ） ②その他の合併症（ ）			

横浜パラスポーツフェスティバル【卓球②】
承諾書

以下をご確認の上、ご署名ください

主催者がプログラム中に写真や動画を撮影させていただく場合がございます
この記録はプログラムの評価及び事業報告や、プログラムの案内に活用させていただくことがあります。
写真や動画撮影についてご承諾いただけますか。
※代表者の方はチームの方へのご連絡、共有の方をお願いいたします。

承諾する ・ 承諾しない

（ 顔出し可 / 後ろ姿のみ ）

署名：（保護者･家族の署名でも可）

※これらの個人情報は、当施設の事業目的以外で使用することはありません