

## 一般社団法人日本バスケットボール選手会 里帰りクリニック

横須賀ミニバスケットボール連盟

日頃より、連盟活動にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

この度、日本バスケットボール選手会のご協力をいただき、横須賀出身の奥山選手をスペシャルコーチにより、次とおりクリニックを開催いたします。

### 1. 開催日時及び場所

日時：2026年5月3日（日・祝） 16:00 受付開始 16:30講習会開始 18:30 終了

会場：サブアリーナ

### 2. 目的

- 1) スペシャルコーチの地元である横須賀地区の普及活動の発展を図るとともに、子どもたちがバスケットボールを楽しみ、のびのびと取り組みながら成長できる環境を提供する。
- 2) 指導者の研修の場としても位置づけ、奥山選手の指導方法や考え方を学び指導の参考とする。

### 3. 選手及びスタッフ

#### 1) 参加資格

・JBA に選手登録し、横須賀ミニバスケットボール連盟に加入するクラブに所属していること。

#### 2) 参加者

- ・各チーム監督が推薦する2名（3年生以上）を対象とする。 ※男女チームなら2名ずつまで可能  
※ただし、参加は自由とし、不参加は妨げない。
- ・保護者、指導者の見学は可。

#### 3) 参加費

・日本バスケットボール選手会の協力を経て参加費は無料とする。

#### 4) 指導者及びスタッフ

- ・スペシャルコーチ 奥山理々嘉さん(トヨタ紡織サンシャインラビッツ所属)
- ・スタッフは、横須賀ミニバスケットボール連盟の育成・普及グループを主体とした理事及び委員で構成する。
- ・理事及び委員は JBA コーチングライセンス所有者であること。

### 4. 持ち物

- 1) 同意書（本書類）、2) ボール・バッシュ・飲み物・着替えなど
- 3) チームシャツもしくは所属チームが分かる服装、4) やる気！

### 5. 参加にあたり

- 1) 日本バスケットボール選手会から派遣されるカメラマンによりクリニックの様子を撮影いたします。
- 2) 個人による当日の撮影は構いませんが、SNS に載せる行為はご遠慮ください。
- 3) 各チーム、参加者リスト(連絡事項①～⑤)を4月19日（日）までに提出先宛にご連絡ください。

※Googleフォーム➡ <https://forms.gle/pzh5pYPMt42EL5958>

- 連絡事項 ①チーム名 ②連絡先責任者名 ③責任者連絡先(携帯番号) ④推薦選手名（ふりがな）⑤性別・学年
- 問合せ 下記QRコードを読み取りご連絡ください。



参加同意書（兼肖像権同意書）

参加者チーム名

、参加者氏名

上記、内容に同意し、一般社団法人日本バスケットボール選手会 里帰りクリニックに参加致します。

参加選手保護者名（署名） \_\_\_\_\_