

審判派遣依頼様式

令和7年8月20日

一般社団法人福岡県バスケットボール協会事務局 御中

連盟名：大会責任者名（公印省略）

福岡県リーグ（強化層）グループ（Z）における審判員派遣について（依頼）
福岡県リーグを開催するにあたり、審判員の派遣をお願いします。

1	大会名	福岡県リーグ（強化層）グループ（Z）
2	期 日	令和7年 9 月 20 日（土）
3	会場 住所も記載すること	〒815-0037 福岡県福岡市南区玉川町 22-1 福岡第一高等学校体育館
4	試合詳細	試合開始時間【 10 : 00 】 （福岡第一高校）対（第三高校） （帯同：今井康輔）（依頼） 帯同審判がいる場合はチーム名下に記入、依頼の場合はチーム名の下に【依頼】と記入
5	申込責任者 依頼するチームの責任者名	高田真也（第三高校）
6	申込責任者連絡先	携帯電話番号：090-0000-0000 携帯メールアドレス：aaaaaa@aaaa PCメールアドレス：bbbb@bbbb
7	特記事項	☐ 審判謝礼（2,000 円）*最低1試合2,000 円 ☐ 交通費（ 円）*基本実費支給 ☐ 弁当の支給 あり ・ なし ☐ 駐車場の確保 あり ・ なし ☐ その他

※派遣依頼は、必ず大会1ヶ月前までに提出してください。

※大会要項、組み合わせをあわせて提出をお願いします。

※公式戦を優先します。日程によってはお断りする場合があります。

※送付先：福岡県バスケットボール協会事務局（メールまたはFAXで送信）

メール：jimukyoku@fabba-net.com

FAX：092-409-8722

申し込みはグループ責任者ではなく、依頼するチーム責任者が行なってください。