

第5回山口県障害者交流カラオケ大会開催要項

1. 目的

県内の障害者がカラオケを通じてお互いの障害を理解し、楽しみながら交流を深め、積極的な社会参加の促進を図ることを目的とする。

2. 主催

一般社団法人 山口県身体障害者団体連合会

3. 開催日時

平成29年 9月 5日(火)

審査13:30~15:00(予定) 表彰式15:30(予定)

4. 開催場所

シダックス山口泉町倶楽部(山口市泉町248-1 TEL083-922-4141)

5. 審査方法

一人一曲とし、カラオケ(DAM)の採点機能により点数の高い順から順位を付ける。

6. 参加資格

山口県内に在勤、在住している方。障害を問わない。

7. 募集人員

20名(参加多数の場合は原則、先着順とするが地域性を考慮する場合がある)

8. 参加経費

= 当日ご持参ください =

一人 1,000円 (フリードリンクバー含む)

ドリンクのみ 一人 600円(応援、付添、デュエットの方など)

※ただし、フリードリンク以外をご希望の方は自己負担にてお願いします。

9. 参加申込

別紙参加申込書に必要事項をご記入のうえ、平成29年8月22日(火)までに、下記事務局へ送付してください。(FAX可:但し送信後必ず確認連絡をして下さい)

備考の欄には、車いす使用等をご記入下さい。

10. 参加決定

参加多数の場合は地域性を考慮の上、抽選とさせていただきます。

8月29日(火)までに参加の可否を郵送します。参加が決定した方には参加票(審査曲名、審査時間を記入)を送付しますので内容をご確認の上、当日ご持参ください。

11. 表彰

第1位~3位にはトロフィーと副賞、第4位~5位には賞品を贈る。

12. その他

- ・参加状況により開催時間を変更する場合があります。
- ・参加にあたり競技中に必要な介助者等は、各自で対応願います。
- ・練習会場は設けておりますが専有使用はできません。

<大会事務局>

一般社団法人 山口県身体障害者団体連合会

〒753-0072 山口市大手町9-6

社会福祉会館内

TEL 083-928-5432

FAX 083-928-5436



第5回山口県障害者交流カラオケ大会 参加申込書

*参加申込者

ふりがな 氏名		年齢	歳
住所	〒	TEL	
		FAX	
		携帯	
障害名		等級	種級
備考（車いす使用等、カラオケ大会において配慮する事項等があればご記入ください）			
デュエットの場合	ふりがな		
	相手氏名：		

上記の個人情報はカラオケ大会以外の目的では使用しません。

*審査の曲

	曲名	歌手名	備考
第1希望			
第2希望			
第3希望			

*第1希望の曲がカラオケ機械に入っていない場合、第2希望、第3希望になる場合があります。

※足りない場合はコピーして必ず一人一枚でお申し込みください。

※8月22日（火）までにお申し込みください。【FAX可】 083-928-5436