

令和 8 年 4 月 2 0 日

関係各位

(一社) 佐賀県バスケットボール協会
会 長 祖 岩 亨 道
(公印省略)

2026 年度 佐賀県バスケットボール少年国スポ選手トライアウト開催要項

1. 目的

2026 年度佐賀県バスケットボール少年国スポ選手の選出

2. 主催

一般社団法人 佐賀県バスケットボール協会

3. 主管

一般社団法人佐賀県バスケットボール協会 強化委員会

4. 参加資格

※以下の①～⑦のすべてに該当する選手

- ① 2026 年度 JBA チーム加盟・競技者登録が完了している選手。
- ② 令和 8 年度高校 2 年生の早生まれ、高校 1 年生、中学 3 年生の男女。
- ③ 佐賀県代表を目指し意欲的に参加できる選手。
- ④ 選出後も強いリーダーシップを発揮し、佐賀県国スポチームに貢献し、佐賀県の代表選手としての誇りと自覚を持ち活動できる強い意志がある選手。
- ⑤ 学校所在地が佐賀県である選手。もしくは、居住地を示す現住所が佐賀県である選手。
- ⑥ 国民体育(スポーツ)大会の過去 2 大会のうち、直前に出場した国民体育(スポーツ)大会において、佐賀県と異なる都道府県から参加していない選手。※国民体育(スポーツ)大会のブロック大会を含む
- ⑦ 個人で傷害保険に加入している選手。

5. 開催日 少年男子：令和 8 年 6 月 7 日 (日) 13:00～15:00/16:00～18:00

場所：致遠館高校体育館

※13:00～/16:00～いずれかのトライアウトに参加をお願いします。

時間の指定はできませんのでご了承ください。

※参加人数が少ない場合は 13:00～のみで選考行います。

6. 選手選考

トライアウトにより少年国スポ選手 15 名程度を選出します。

※選考結果についてはトライアウト実施後 1 週間を目途に所属学校に書面でお知らせいたします。

※選出された少年国スポ選手は、2026 年 10 月 15 日から青森県で開催される国民スポーツ大会に向けて、国スポチームの選手として強化練習会、強化試合、強化遠征等の活動に参加をお願いいたします。

強化練習会、強化試合、強化遠征等でエントリー選手 12 名及び予備登録選手を決定いたします。なお、エントリー選手及び予備登録選手の決定後も引き続き国体チームの選手として強化練習会、強化試合、強化遠征等の活動に参加をお願いいたします。

※予備登録選手は九州ブロック国スポ及び国民スポーツ大会には帯同いたしません。

7. 応募方法

応募開始 令和8年 5月25日(月)

締め切り 令和8年 6月 3日(水) 12:00 まで ※これ以降の応募は受付いたしません。

参加申込書に必要事項を記入の上、顧問(チーム責任者)が応募先メールアドレスに参加申込書をご提出ください。また、参加選手はトライアウト参加当日に参加申込書(原本)、問診票を必ず受付にてご提出ください。※応募については、保護者の同意と傷害保険への加入を必要とします。

<応募先>

少年国スポ男子担当(佐賀北高校 靱井 宏一) E-mail: momii-hirokazu@education.saga.jp

8. 事情がありトライアウトに参加できない場合

強化委員会で審議し選考の機会を設けます。必ず、7.応募方法に記載している、応募開始の時期から締め切りまでに参加申込書の特記事項にその旨を記載し、必要事項を記入の上、応募先メールアドレスに提出ください。

※強化委員会で審議し決定された選考の開催当日に参加申込書(原本)、問診票、保護同意書を会場で提出ください。

※締め切りまでに必ずお申し込みください。締め切りに間に合わない応募は受付いたしません。

9. 備考

① 飲料は各自持参してください。ボールやビブスはスタッフで準備いたします。

② 練習会場への移動は保護者の責任のもとで各自行うようにお願いいたします。

③ お申込みいただいた個人情報は、本事業の諸手続き及び連絡のためだけに利用するものであり、他の目的に利用することはありません。

8. 注意事項

① 保護者のトライアウトの見学は認めておりません。また、ビデオ・写真撮影につきましても認めておりませんのでご協力の程宜しくお願い致します。

② 当日、体調が優れない場合は参加をご遠慮ください。

| |
|---|
| 連絡先：(一社)佐賀県バスケットボール協会 男子担当者 靱井 宏一 TEL:090-3327-1608 女子担当者 武藤 広樹 TEL:090-7460-7734 強化委員会 委員長 中村 洋介 TEL:090-1089-8529 |
|---|

2026年度 佐賀県バスケットボール少年国スポ選手トライアウト

参加申込書

一般社団法人 佐賀県バスケットボール協会 会長 祖 岩 亨 道 殿

<参加選手>

ふりがな

参加者氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

住 所 〒 _____

電話番号 _____

JBA メンバーID _____

JBA チーム ID _____

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

身 長 _____ c m 体 重 _____ k g ポジション _____

令和8年度所属学校名 _____ 学年 _____

顧問(チーム責任者) 氏名 _____

顧問(チーム責任者) 連絡先 (電話番号) _____

※確認事項 (下記の内容を確認し、チェック及び署名をお願いします)

マルフアン症候群に関する注意事項について確認している。

各自で傷害保険に加入している。

私は上記の者(参加選手)が、佐賀県バスケットボール協会が開催する

「令和8年度佐賀県少年国スポトライアウト」に参加することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (記入年月日)

保護者または後見人等の氏名 _____ 印

特記事項

連絡先：(一社)佐賀県バスケットボール協会
男子担当者 靱井 宏一 TEL:090-3327-1608
強化委員会 委員長 中村 洋介
TEL:090-1089-8529

「マルファン症候群に関する注意」

マルファン症候群の外見上の特徴は高身長です。したがって、長身者の多いバスケットボール選手においては注意が必要です。

マルファン症候群は、体の組織を支えたり、力を伝達する結合組織(骨格、眼、心血管など)に異常をもたらし、将来、大動脈解離(大動脈血管壁の一部が裂ける)等による突然死の原因になる心大血管異常を引き起こす危険性を持っています。心大血管異常は、強度の強い運動を続けることにより増悪するといわれています。また、他の組織も衝撃に弱いために、バスケットボールのような体のぶつかるスポーツは回避すべきとされています。

したがって、日本バスケットボール協会では、選手選考に際して、マルファン症候群またはその類縁疾患の診断がある、もしくはその可能性がある場合、医師との協議を必須としており、その結果、参加が認められないこともあります。

以下の項目を確認し、当てはまる場合、専門科(年齢により循環器内科または小児(循環器)科)の受診をお勧めします。(*判断に迷われた際は、まず、一般内科医へのご相談をお勧めします)

- マルファン症候群、若年での大動脈疾患、若年での突然死の家族歴がある。
- 心大血管疾患の既往歴があり、最近2年以上検査を受けていない。
- マルファン症候群を疑われ過去に検査を行い問題なかったが、3年以上経過してしる。
- **水晶体脱臼**の既往歴や手術歴がある。
- 高身長(痩せ型)、長四肢、長指趾、**漏斗胸**、**鳩胸**、明らかな側弯症、
- 下記の簡便な身体所見が複数あてはまる。
 - * **指極間距離**[図 A]: 指極(arm span)/身長が 1.05 を超えると陽性
 - * **サムサイン(Steinberg 母指徴候)**[図 B]: 母指を曲げて掌の中に握りこんだ際に、母指の先端の爪の部分が完全に飛び出す場合を陽性
 - * **リストサイン(Walker-Murdoch 手首徴候)**[図 C]: 親指と小指で反対側の手首を握ると小指の末節骨まで完全に親指を重ね合わせることが可能な場合を陽性

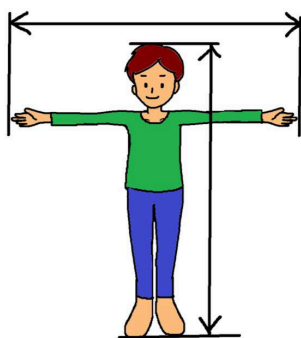


図 A



図 B

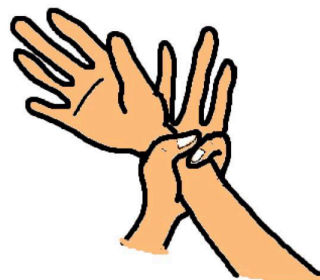


図 C

* 詳細は日本マルファン協会ホームページ <http://www.marfan.jp> をご参照ください。

なお、マルファン症候群は、早期発見、早期治療により健常人と同様な生活を送ることができるようになってきており、軽症の場合、医師の適切な管理の元で、経過を見ながらクラブ活動を続けることも可能です。診断された場合には、上記専門科に相談されることをおすすめします。

2026 年国民スポーツ大会バスケットボール競技佐賀県代表候補選手選考会
問診票(緊急連絡カード)

記入年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

緊急時、カードに記載されている情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。

保護者氏名 _____ 印

本人情報

| | | | | | |
|--------------|--|-----|----------------------|----|----|
| ふりがな | | 性別 | 血液型 | | |
| 氏名 | | 男・女 | A・B・O・AB型 (RH+/-) | | |
| 生年月日 (西暦) | | 身長 | cm | 体重 | kg |

医療情報

| | |
|--|-----------------------------------|
| 運動中、運動後にこれらの症状を起こしたことがあれば、「○」印をつけてください | 失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整 動悸・めまい・痙攣 |
| 食物アレルギー | 無・有 (食物名: _____) |
| 薬アレルギー | 無・有 (薬名: _____) |
| 常用している薬 | 無・有 (薬名: _____) |
| 現在治療中のケガや病気 | 無・有 (傷病名: _____) |
| 今までにかかった病気やケガ | 無・有 (傷病名: _____) |
| 手術をしたことは? | 無・有 (傷病名: _____) |
| その他伝えたい事 | 無・有 |

緊急連絡先

| 氏名 | 電話 | 住所 | 本人との関係 |
|----|----|----|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |