

平成 29 年 3 月 16 日

兵庫県サッカー協会

登録チーム 各位

兵庫県サッカー協会

女子技術委員長 鈴木 義章

U-15 担当 日比野 嵩

2017 年度 兵庫県女子トレセン U-15 について

拝啓、早春の候ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素は本協会の諸事業にご協力いただき誠にありがとうございます。

さて、標記の件について日本サッカー協会から《地域トレセンの整備》の伝達が届いております。その中には①より高いレベルのトレーニング環境の提供、②“個”の育成に積極的に取り組む環境作り、③地域や都道府県の指導者のレベルアップを女子強化コンセプトとして、女子サッカー全体の底上げを図ること等が目的に掲げられております。

そこで上記の目標に取り組むと同時に、JFA のミッションサポートを受けながら兵庫県の環境に応じた他府県にはない歴史と優位性を生かした独自の“兵庫県女子トレセン U-15”の整備に取り掛かりたいと考えております。つきましては下記要領に従い、各チームにおかれまして兵庫県代表として活躍出来得る人材の推薦・派遣をお願いいたします。

記

1. 日 時

第 1 回選考会	4 月 22 日 (土)	受付 8 : 30	しあわせの村	U-15	9 : 30 ~ 13 : 30
		受付 14 : 00		U-13	14 : 30 ~ 17 : 00
第 2 回選考会	5 月 13 日 (土)	受付 16 : 00	神戸 L F C	U-15	16 : 30 ~ 20 : 00
		受付 13 : 15		U-13	14 : 00 ~ 16 : 30

第 3 回選考会 6 月 24 日 (土) 神戸 L F C

※第 3 回選考会は、7 月 1 日 (土) に変更になる可能性あり。

※決定次第連絡します。

※U-15 兵庫県予選 でも取りこぼしが無いようにスカウティングして、ピックアップいたします。

☆ 選考会で代表選手を決定する。全日程（選考会）に可能なかぎり、参加できる選手を対象とする。

※やむを得ない理由、または学校行事は除く。前もって代表者（監督・コーチ）より、
担当者に、ご連絡ください。

☆ 欠席・遅刻は原則として認めない。

体調不良は必ず柿川コーチ 090-7488-4906 へ連絡する。

※各チーム取りまとめの上、別途参加申込に記入し 4 月 16 日（日）までに

FAX079-240-7069 or 下記メールアドレスまで送付願います。

2. 目 的

- 1) 2017 年度 兵庫県女子トレセン U-15 代表選手選考を兼ねる
- 2) 兵庫県女子 U-15 の強化、U-18 トレセンへの準備

3. 資 格

- 1) 日本サッカー協会に登録している者
- 2) 2004 年 1 月 1 日～2006 年 12 月 31 日出生

男子登録チーム等で女子の有望な選手が埋もれていますので兵庫県サッカー協会全体として網羅していきましょう。

4. 選考会参加費 ⇒ 一律 2,000 円 （※兵庫県 U15 女子トレセン活動初日のみ集めます。）
5. 各チームテクニカル責任者の方々が、将来を見据えて活躍出来るプレイヤーを派遣・推薦してください。最終的には 30 名を関西女子 U15 トレセンへ選出。
GK は、枠を超えてもカウントできます。
6. 怪我の対応、スポーツ保険には、加入しておりませんので応急処置は行いますが、その後の対応は、各選手・各チーム・各学校ご負担となりますのでご理解・御協力よろしくお願ひします。

以上

選考会に選出された選手は、6～7 月に 2 回の練習会を予定しています。

日程

第 1 回 練習会 6 月 場所・時間未定

第 2 回 練習会 7 月 場所・時間未定

※関西トレセンに選出されると、8/19～20 日 9/23～24 日 10/21～22 日いずれも宿泊で、
場所は、J-GREEN 堺になります。

問合せ：日比野 嵩 080-3764-1092 bonzu42002@yahoo.co.jp

2017年度 兵庫県女子トレセン U-15 選考会参加選手推薦書

※締め切りは、4月16日(日)

チーム名 _____ 責任者名 _____

TEL _____ FAX _____

Eメール _____

U-15 枠

選手名(フリガナ)	ポジション	年齢(学年)	特徴(推薦理由)
①			
②			
③			
④			
⑤			
GK 枠			

U-14 枠

選手名(フリガナ)	ポジション	年齢(学年)	特徴(推薦理由)
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			
GK 枠			

2017年度 兵庫県女子トレセン U-15 選考会参加選手推薦書

※締め切りは、4月16日(日)

チーム名 _____ 責任者名 _____

TEL _____ FAX _____

Eメール _____

U-13 枠

選手名(フリガナ)	ポジション	年齢(学年)	特徴(推薦理由)
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			
GK 枠			

8名以上になる場合は、日比野までご連絡下さい。

☆ 推薦選手のチームでの優先順位を書いてください。(①～⑧)

☆ 練習参加についての費用(交通費・宿泊費等)負担及び怪我・その他については、当方の責任で参加してください。

FAX 079-240-7069 日比野 嵩 宛て

Mail bonzu42002@yahoo.co.jp