제6회 충청남도지사배 전국시각장애인골볼선수권대회 개최 안내 및 참가요강

충청남도장애인골볼협회에서는 골볼 종목의 활성화 및 선수들의 경기력 향상을 도모하기 위하여 제6회 충청남도지사배 전국시각장애인골볼선수권대회를 아래와 같이 개최합니다.

1. 대회개요

가. 대 회 명: 제6회 충청남도지사배 전국시각장애인골볼선수권대회

나. 기　　간: 2026년 7월 25일(토) ~ 7월 26일(일) [총 2일간]

다. 장　　소: 아산장애인국민체육센터 2층 다목적체육관
(충남 아산시 곡교천로27번길 33)

라. 주　　최: 충청남도장애인체육회, 대한장애인골볼협회

마. 주　　관: 충청남도장애인골볼협회, 대한장애인골볼협회,
(사)충청남도시각장애인연합회 아산시지회

2. 참가안내

가. 종별 및 세부종목

장애유형	등급	세부 종목
시각	통합(B1, B2, B3)	남자부 / 여자부

나. 참가자격

1) 2026년 대한장애인체육회 선수·지도자 등록을 필한 자

2) 세부 종목당 시·도별 최대 1개 팀 참가 가능

다. 접수기간: **2026년 6월 24일(수) ~ 6월 30일(화) 17:00까지**

다. 접수방법

1) 참가신청서 작성

2) 제출처: 대한장애인골볼협회 사무국(kbgfkoreanpc@naver.com)

3. 경기방식

가. IBSA(국제시각장애인스포츠연맹) 2025 경기 규정 및 규칙에 의함

나. 경기방법: 싱글라운드로빈(단, 참가팀 수에 따라 변경될 수 있음)

다. 경기시간: 전·후반 각 12분, 하프타임 5분으로 운영

라. 선수단 구성

1) 최대 인원: 9명(선수 6명, 임원 3명)

2) 최소 인원: 4명(선수 3명, 임원 1명)

3) 스태프가 선수로 출전할 시, 해당 스태프를 포함한 선수는 총 6인 이내여야 함

4. 시상

가. 세부 종목별 각 1~3위 시상

나. 참가 선수단 전원 기념품 증정

5. 안내 및 협조사항

가. 참가신청서 작성 시, 빈칸 없이 작성할 것

나. 경기 중, 경기장 입출입 통제 예정

다. 대회 기간 선수단 숙박 및 식사 제공

라. 대회 전일 감독자 회의 진행(대진 추첨 일정은 추후 별도 공지)

6. 문의처

가. 충청남도장애인골볼협회 ☎ 010-6757-9907 오덕윤

나. 대한장애인골볼협회 ☎ 02-400-7234 (직통 070-4133-3886)

CNBGF 충청남도장애인골볼협회

[별지 제1호 서식]

제6회 충청남도지사배
전국시각장애인골볼선수권대회 참가신청서

팀 명	※ 팀명 및 소속 시·도 함께 표기 ex. 충청남도(충남)			세부 종목	(남자부/여자부)	
구 분	성 명	생년월일	주 소	연락처(개인)	숙박여부	개인정보 활용동의
감 독	홍길동	87.01.01.	서울 동대문구 왕산로 277	010-1234-5678	(Y/N)	동의 □ 비동의 □
코 치					(Y/N)	동의 □ 비동의 □
트 레 이 너					(Y/N)	동의 □ 비동의 □
선 수					(Y/N)	동의 □ 비동의 □
선 수					(Y/N)	동의 □ 비동의 □
선 수					(Y/N)	동의 □ 비동의 □
선 수					(Y/N)	동의 □ 비동의 □
선 수					(Y/N)	동의 □ 비동의 □
선 수					(Y/N)	동의 □ 비동의 □

○ 개인정보 활용 동의

수집·이용 목적	전국시각장애인골볼선수권대회 참가 및 상해보험 가입
수집 항목	성명, 생년월일, 주소, 연락처
보유·이용 기간	1년
※ 신청자는 개인정보 수집 동의를 거부할 수 있으나, 대회출전이 제한될 수 있음	

위와 같이 제6회 충청남도지사배
전국시각장애인골볼선수권대회 참가를 신청합니다.

신청일 2026. . .

대표자 (인)

CNBGF **충청남도장애인골볼협회**