

コーチクリニックのご案内 (フロアボール) 実技対面講習 座学集合型講習

内容・時間・場所		埼玉県立大宮北特別支援学校 体育館	
1月22日	集合	12:30 準備	体育館 講習準備
		13:00 受付	
		13:30 ~	実技講習
会場	埼玉県立大宮北特別支援学校	さいたま市西区中釘2290-1	JR線大宮駅西口バス停⑧より東武バス乗車 駐車場 校門中あり 運輸支局前下車 徒歩 約10分
時間割	12:30 ~	スタッフ集合 設営準備	
	13:00 ~	受講者 受付	健康チェックをお願いします
	13:30 ~	対面実技講習	
	15:30 ~	実技体験	
	15:30 ~ 15:40	休憩 フロアボール練習	
舞台上にて	15:45 ~	座学受講出来ない人のために 集合型座学 SO日本YouTubeを見ての講習	
	16:45 ~ 17:00	修了書 授与 かたづけ	

●基本受講者はYouTubeにて 受講する競技の座学を実技の前に受講し アンケートをSO日本に提出することをお願いしています。
Wi-Fi設備のない方、YouTubeでの受講ができない方を対象に 今回 同会場舞台上にて 集合型にて座学を行います。

- ・新型コロナ感染予防ガイドラインに則り 受講のみなさまに 受講前の健康チェックをお渡しします(11月13日からの健康チェック)
- ・1月22日までの健康チェック、受講に際し7日前の健康チェックを提出してください
- ・座学講習時はマスク着用、が厳守になりますのでご了承下さい
- ・持ち物：体育館シューズ、飲料水 ①7日前からの健康チェック用紙
- ・担当： 今川敦美 (SON埼玉 事務局) 080-5184-5020

競泳実技 コーチクリニック 参加申込書 及び 座学合同視聴申込み書

1月22日 **申込講習** フロアボール 実技対面講習 座学合同視聴申込み

申込者名

提出先 : ふりがな

生年月日 西暦 年 月 日 男 女

連絡先 携帯 : E-Mail :

住 所 郵便番号

所属地区 SON 埼玉 他地区 ()

初体験者 有 ・ 無

参加区分 ・ コーチ ・ ボランティア ・ その他

*頂いた個人情報は、今回のコーチクリニックでの使用に限ります。また外部に情報が流出しないよう最善の注意をもって管理致します。

フロアボールコーチクリニック 健康チェックシート

参加者名

- アスリート
 パートナー
 コーチ
 スタッフ
 ボランティア
ファミリー
 フレンド会員

●参加されるかたの競技会7日前から（1月16日から22日）の健康チェックを記載しての提出をお願いします

日付	健康状態	体温	記録時間	生活	濃厚接触者との接触は	体調	
1月16日	咳などの症状は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	℃	時 分	<input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 見まもり	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 倦怠感あり	
1月17日	咳などの症状は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	℃	時 分	<input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 見まもり	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 倦怠感あり	
1月18日	咳などの症状は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	℃	時 分	<input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 見まもり	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 倦怠感あり	
1月19日	咳などの症状は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	℃	時 分	<input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 見まもり	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 倦怠感あり	
1月20日	咳などの症状は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	℃	時 分	<input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 見まもり	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 倦怠感あり	
1月21日	咳などの症状は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	℃	時 分	<input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 見まもり	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 倦怠感あり	
1月22日	咳などの症状は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	℃	時 分	<input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 見まもり	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 倦怠感あり	

1月22日 コーチクリニック参加に際し 健康チェックを提出します

氏名
