

## コーチクリニックのご案内 （馬術） 実技対面講習 座学集合型講習

内容・時間・場所		東松山 武蔵逍遥乗馬会 馬場
1月29日	集合	8:00集合 武蔵逍遥乗馬会 馬場 準備
		9:00 受付
		9:30 ~ 実技講習
会 場	武蔵逍遥乗馬会	東松山市大谷382-11
		電車でくる方は 前もって連絡をください 森林公園駅に迎えに行きます
時間割	8:00 から	スタッフ集合 設営準備
	9:00 ~	受講者 受付 健康チェックをお願いします
	9:30 ~	馬術 対面実技講習
	11:30 ~	質疑応答
	11:50 ~	修了書 授与 かたづけ
座学集合型	13:00 ~	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
	13:00 ~ 14:00	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（11/23からの健康チェック）
- 1月29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：乗馬できる服装 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

# 馬術実技 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29日 **申込講習**     馬術 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23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24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25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26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27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28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29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29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

---