

コーチクリニックのご案内 ゼネラルオリエンテーション・アスリート理解 (GOA)

案内 申込み書は 別紙になります

SON埼玉 スポーツプログラム委員会

内容・時間・場所		埼玉県障害者交流センターホール	
12月11日	受付	8時30分	集合受付
	GOA講習	9時00分	～ 12時00分
会 場	埼玉県障害者交流センター	さいたま市浦和区大原3-10-1	TEL048-834-2222
時間割	8:30 ~	受付 説明	健康チェックをお願いします
	9:00 ~ 10:00	ゼネラルオリエンテーション講習 60分	障害者交流センターホール
	10:00 ~ 10:10	休憩	
	10:10 ~ 11:10	アスリート理解 講習 60分	障害者交流センターホール
	11:20 ~	GOA修了書 授与	

- 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(12月5日 からの健康チェックメール)
- 12月11日の健康チェック、受講に際しての **当日配布**の7日前の健康チェックの提出をお願いします
- マスク着用、手袋着用が厳守になりますのでご了承下さい
- **持ち物：** 飲料水①7日前からの健康チェックメール②当日サインの同意書 ③当日サインの12月11日の健康チェック用紙
- **担当：** 今川敦美 (SON埼玉 事務局) 080-5184-5020

GOAコーチクリニック 参加申込書 及びGOA講習申込書

申込講習

馬術 ゼネラルオリエンテーション・アスリート理解講習

申込者名

提出先 〆りがな

生年月日

西暦 年 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 ()

競技経験

馬術 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。

個人情報に関する基本方針

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本(以下、法人という)は、高度情報通信社会の進展に伴う個人情報保護の重要性を認識し、個人情報保護法に基づき、次の方針により個人情報の保護に取り組めます。

1. 利用目的の特定、利用目的による制限について

法人は、個人情報を取り扱うに当たり、その利用目的を特定します。

法人は、本人の同意を得た場合及び法令に定める場合を除き、特定された利用目的の達成に必要な範囲で個人情報を利用します。

2. 適正な取得、取得に際しての利用目的の通知について

法人は、適法かつ適正な手段により個人情報を取得します。

法人は、個人情報を取得する際には、正当な理由がある場合を除きその利用目的を明示します。

3. データ内容の正確性の確保について

法人は、利用目的の達成に必要な範囲内で、個人情報を正確かつ最新の内容に保つよう努力します。

4. 安全管理措置について

法人は、個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じます。

5. 第三者提供の制限について

法人は、法令に定める場合を除き、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく第三者に提供しません。

法人は、個人情報を第三者と共同利用し、又は個人情報の取扱いを第三者に委託するときには、当該第三者について厳正な調査を行い、秘密保持のため適正な指導・監督を行います。

6. 開示・訂正・追加・利用停止・消去等について

法人は、本人が自己の個人情報について開示・訂正・追加・利用停止・消去等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求がある場合は速やかに対応します。

7. 個人情報保護規程の策定・実施・維持・改善について

法人は、この方針を実行するため、個人情報保護規程を策定し、これを法人従業者その他関係者に周知徹底させて実施し、維持し、継続的に改善します。

7日前からの 健康チェックシート

開催日 12月 11日

参加者名		<input type="checkbox"/> アスリート <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> コーチ <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> ファミリー <input type="checkbox"/> フレンド会員	<input type="checkbox"/> ボランテニア	所属

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
12月5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
12月6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
12月7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
12月8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
12月9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
12月10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
12月11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

7月11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

署名
