

参加者名 ふりがな	<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"/> ボランティア <input type="checkbox"/> ファミリー <input type="checkbox"/> スタッフ	所属地区 SON :
--------------	--	---------------

3月3日 から 3月10日 までの 健康チェックをお願いします

下記の 7日間の健康観察から、体調に問題のないと判断し( )のコーチクリニックに参加いたします。						
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
3月4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
3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
3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
3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
3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
3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
3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

- 今日のコーチクリニックに参加に際して 下記の項目にチェックをお願いします
- 本日のコーチクリニックに参加するにあたり 上記健康チェックから体調に問題のないと判断して参加いたします。 また濃厚接触者との関わりもなく、倦怠感等のコロナ感染症状はありません。
- 本日の実技を受ける前に、フィギュアスケート の座学をSON日本のオンラインで受講を修了しています。
- 実技コーチクリニック受講中は マスク着用を致します。
- 受付の際に配布する消毒液を 講習中合間に手袋等に消毒を致します(アミノエリア=アミノ酸抗菌剤)
- 受講後3日内で新型コロナに感染された場合は SON埼玉本部に報告をお願いします。
- 受講者の中で新型コロナ感染者が出た場合、期間内の場合保健所等の関係機関の指示に従って行動をお願いします。
- 講習中での濃厚接触者の対象者になった場合など新型コロナ感染症での弊害が、講習中にでの集会で生じた場合でもSON埼玉関係者に損害賠償等の請求はいたしません。
- 講習中でのコロナ感染対策については、SON埼玉の予防策に従います。
- コーチクリニック終了後は修了書を所属事務局へ、メールにて個々で報告をして下さい。  
SON埼玉所属の方は埼玉事務局(30429@mub.biglobe.ne.jp)宛てに修了書を写真にて送信をお願いします。
- 上記項目を確認し、参加をいたします

参加者名

連絡先 (携帯)