

令和5年度 公益社団法人愛知県スキー連盟  
公・準指導員養成講習会 A (理論)

(名古屋港湾会館会場)

主催	公益社団法人愛知県スキー連盟
会期	令和5年11月13日(日)
会場	名古屋港湾会館3階 第3、4会議室 〒455-0033 愛知県名古屋市港区港町1-11 TEL:052-659-1700 <a href="https://nagoyako-kaikan.jp">https://nagoyako-kaikan.jp</a>
責任者	山口実男(公益社団法人愛知県スキー連盟 教育本部長)
主管県連役員	会長 小山 祐 副会長 大谷一司(筆頭副会長) 石原清史 浅田薫夫 理事 山口実男 齋藤文則 早川信明 青木健光 福岡優子 葛谷 聡 豊沢和美 中垣秀行 恩田友明 杉山善康 小野田謙介 監事 村瀬孝幸 櫻本一夫 相澤 昇
主任検定員	青山和敏 (公益財団法人全日本スキー連盟教育本部スキー技術員)
理論講師	公益社団法人愛知県スキー連盟理事 副会長 総務本部長 石原清史 公益財団法人全日本スキー連盟教育本部スキー技術員 青山和敏 小澤 圭 川原幸輔 佐藤健太 三浦裕明 山本千絵
運営主任	青山和敏 (公益財団法人全日本スキー連盟教育本部スキー技術員)
総務	(公益社団法人愛知県スキー連盟教育本部委員)
日程	11月13日(日) 9:00~9:20 受付 9:30~11:30 オリエンテーション、理論講習 11:30~12:30 昼休憩(昼食は各自) 12:30~16:30 理論講習 16:30~ 修了証発行~解散

※会場の大きさ及び感染症対策のため、会議室を2部屋に分けて講習を行います。

公認指導員受検者は3階 第4会議室、準指導員受験者は3階 第3会議室で分かれて入室していただきます。

詳細は現地でご案内致します。

※2ページ目の体調チェック報告用シートを、切り取って受付時に提出して頂きます。

SAAガイドラインも、参加前に愛知県スキー連盟ホームページで必ず確認をお願い致します。

参画役員にも、体調チェックシートの提出を義務付けております。

※行事参加にあたって

- (1) 行事へは参加申込者のみ参加することができます。
- (2) 不正参加、もしくはそのおそれがある行為(写真の貼替、数字の改ざん等)をした場合は、参加上の債務不履行を原因として直ちに解除します。
- (3) 本連盟の実施する各種事業では、方法、理由の如何を問わず以下の行為は禁止します。
  - ①教材の複製物を作成すること。
  - ②第三者に売却、貸与すること。
  - ③許可なく録音、録画すること。

※(公社)愛知県スキー連盟は、講習の受講中に生じた参加者本人の傷害、事故(加害・被害とも)について応急的な処置はしますが、その後については一切の責任を負いません。

## 体調チェック報告用シート

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前にすべてご記入の上、受付時に必ずご提出ください。  
内容によっては、参加をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

### 1. ご自身の平熱と参加当日の体温

平熱	本日の体温	本日の体調
℃	℃ 時 分計測	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調

### 2. 開催日前14 日以内 について、以下の質問にお答えください。

質問	回答
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下のリストに該当する症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

症状リスト（上記ではいと回答した場合は、○を付けてください。）

① 平熱を超える発熱 ②咳 ③のどの痛み ④倦怠感（だるさ） ⑤息苦しさ ⑥ 嗅覚や味覚の異常 ⑦その他（ ）
--

### 3. その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

※記入いただいた内容は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、当該大会・講習会等において参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断および必要な連絡調整のために使用します（書類は2週間保管した後、破棄します）。

なお、感染者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所・行政機関等に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。