1. 様式１

**CIDAA陸上競技教室参加申込書（事前）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者名 | | 性別 | 所属名 | | 生年月日 |
|  | | 男・女 |  | | 年　　　 月 　 　日　　　才 |
| 参加者種別（いずれかに○印） | | | | 参加希望種目に○印または種目名を記入(複数可) | |
| 指導者　・　障がいのある方 | | | | 100m　200m　400m　800m 1500m 5000m  走幅跳 走高跳 ジャベリックスロー  希望種目（　　　　　　　　）50mと立幅跳不可 | |
| 受講者の昼食の申し込み（いずれかに○印） | | | |
| する　・　しない  ＊受講者のみ。引率者や家族等は申し込みできません。 | | | |
| 自  宅  住  所 | 〒　　　－  電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　） | | | | |
| 勤  務  先  住  所 | 〒　　　－  電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　） | | | | |
| 連  絡  先 | ・当協会から連絡する場合の連絡先先は？    自宅・勤務先・それ以外  注１いずれかに○をつけてください。  注２それ以外に○をつけた方は左欄に記入下さい。 | | | | 連絡先名  電話　　　　（　　　）  fax　　　　（　　　） |
| ＜備考（質問、要望、配慮すべきことなど）＞ | | | | | |

※参加費、資料代、保険料、昼食は本協会が負担するので参加者は無料です。

申込書及び同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

千葉県知的障害者陸上競技協会長　殿

　　私は、上記の通り申し込みます。申込にあたって、私の個人情報のうち、本行事にあたって氏名及び所属先の公表、傷害保険加入に使用するために必要な情報の使用に同意するとともに、マスコミ取材に応じることに同意します。

申込者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式２

**CIDAA陸上競技教室参加申請(体調確認)書（当日用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者名 | | | 性別 | 所属名 | | | 生年月日 | |
|  | | | 男・女 |  | | | 年　　　 月 　 　日　　　才 | |
| マスクを持参してきたか？ | | | | | 昼食の申し込みはしたか？ | | | |
| した　・　しない  ＊マスクが無いと参加できません | | | | | した　・　しない  ＊申込者には昼食券と本書と引き換える | | | |
| 本日の体温は何度ですか？ | | 体温：　　　．　度C | | | | 検温した時間　　　時　　　分頃 | | |
| 2週間前から本日までの体調を確認します。次の質問に答えてください。 | | | | | | | | |
| ア　37.5度を超える発熱があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| イ　咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| ウ　だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| エ　嗅覚や味覚の異常があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| オ　体が重く感じる、疲れやすい等の不調があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| カ　新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| キ　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| ク　過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があったか | | | | | | | | 無　・　有 |
| 連  絡  先  住  所 | 〒　　　－  電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　） | | | | | | | |

＊イベント当日に本申請書を受け付けに提出ください。無い場合には参加できません。

申請同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

千葉県知的障害者陸上競技協会長　殿

　　私は、上記の通り申請します。参加にあたって、私の個人情報のうち、本イベント参加後2週間以内に感染症罹患が判明し、関係機関より情報提供を求められた場合に本申請書の情報について提供することを同意します。

申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印