

障がい者スポーツ発掘プロジェクト 申込フォーム

※会場への直接のお問い合わせはお控えください。※定員を超えた場合は、お断りすることがあります。

参加希望日	第1回	第2回	第3回
	※ 参加を希望する日に○印を記入してください。		
フリガナ			性別
氏名			男性 ・ 女性
生年月日	(西暦)	年 月 日	(年齢 歳)
保護者氏名			
住所	〒 —		
所属	所在地	〒 —	
電話番号	① 本人連絡先 (未成年の場合は保護者)	-	-
	② 緊急連絡先 (本人以外)	-	-
メールアドレス	@		
	※ メールしたメールアドレスの持ち主: 本人・保護者・その他 ()		

◆ 障がいの状況・競技経験

本プロジェクトは競技経験が無くても参加可能です。

競技経験・記録についてはある場合に、ご記載をお願いいたします。

療育手帳	なし	申請中	あり → (等級) A ・ B
服薬, 必要な配慮等	※手帳記載以外の障害や病気, 普段飲んでいる薬, 医師によるスポーツ制限等, スポーツ実施にあたって配慮すべき事項がある場合, 具体的にお書きください。		
競技経験	なし	あり → 種目 ()	
介助者の参加	なし	あり → 保護者 ・ 介添者 ・ 兄弟 ・ その他 ()	

◆ お申し込みにあたって

- 申込郵送料, 会場までの交通費, 個人で使用する用具・消耗品等は参加者負担になります。
- 健康上, 運動が可能な方のみのお申込みといたします。
- 記録のため, 主催者が写真撮影をする場合があります。撮影した写真等は活動報告書, 広報, 関連ホームページ等で使用する場合がありますので, ご了承の上お申込みください。
- 申込用紙に記入いただいた情報は, 事前に協力団体へお渡しすることがあります。

(当日提出)

障害者スポーツ発掘プロジェクト体調確認票

(開催日： 年 月 日)

本健康チェックシートは、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。

本シートに記入いただいた個人情報については、適切に取り扱い参加者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な連絡にのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし、実施会場において感染症患者、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等に提供することがあります。

◎基本情報				
ふりがな 氏名	年齢 ()	所属		
住所	電話番号			
3日前の体温	2日前の体温		前日の体温	
度 分	度 分	度 分	度 分	度 分
◎当日の健康状態 ※該当する場合には「✓」を記入してください。 ア) ~ク) の全ての項目に「✓」の記入がない場合には参加できません。				
ア) 平熱を超える発熱がない		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がない		
イ) 咳(せき)、のどの痛みなどの風邪症状がない		キ) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない		
ウ) だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない		ク) 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が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ない		
エ) 嗅覚や味覚の異常がない				
オ) 体が重く感じる、疲れやすい等がない		当日の体温	度 分	
◎イベント2週間前からの健康状態 ※該当する場合には「✓」を記入してください。				
(ア) 上記ア) ~ク) の全てに該当する				
(イ)	上記(ア)以外の場合、具体的な内容を記載してください。(例：7日前から2日間発熱やのどの痛み)			

一般社団法人宮城県障害者スポーツ協会 理事長 殿

参加同意書

発掘プログラム参加に同意し、チェックシートを提出します。

氏 名 _____

※本健康チェックシートは1か月間保管する。