

第19回レディース陸上競技クリニック要項

1. 趣 旨 陸上競技の冬季練習における基礎体力運動及び動き作りを学び、女子陸上競技の普及・発展をねらいとする。
2. 主 催 (一財) 島根陸上競技協会 島根陸上競技協会女性委員会
3. 期 日 令和4年11月13日(日) 9:00~12:00 (8:45受付)
4. 会 場 安来市広瀬町広瀬307 広瀬中央公園総合体育館
TEL 0854-32-2678
5. 参加者 小学生、中学生、高校生の女子選手
(屋内練習のため、体育館シューズを持参すること)
6. 内 容
 - ・講話 女子選手が運動するために必要なことについて
 - ・実技 全国大会入賞経験を交えた、冬季練習への取り組み方
各種目共通で行える基礎体力運動及び動き作り
7. 指導者 島根陸協 女性指導員
8. 申込方法
 - ・事前申込みのみとし、令和4年10月31日(月)17:00を締切とする。
 - ・申込ファイルに当該事項を明記し、その際、ファイル名を変更して下記アドレスまでメールで申し込むこと。
申込先アドレス mikikob@izumohokuryo-h.ed.jp
申し込み後に返信メールを送ります。しばらくたっても返信がない場合は下記申込先まで連絡すること。
別所美喜子(出雲北陵中学校) TEL 0853-25-0700
9. 感染症対策 クリニック主催者は、クリニックに関わる全ての人の感染に対するいかなる責任も負いません。クリニック参加者は、別紙の感染拡大防止のための事項についてご理解ご協力をお願いします。
10. その他
 - ・発病、負傷に対しては、応急処置以外の責任は負わない。
 - ・全ての参加者(選手、引率者、クリニックスタッフ)が「クリニック前/提出用 体調管理チェックシート」を提出してください。選手においては「体調管理チェックシート」が参加承諾書を兼ねるので、保護者署名が必要です。
(保護者の署名がない場合は参加できない)
 - ・悪天候や、感染症の拡大により、中止になることもあります。
*中止の場合は、島根陸協ウェブサイトに掲載します。

別紙

島根陸協 女性委員会主催 レディース陸上競技クリニックにかかる感染症対策について

【基本的な注意事項】

- ① 「3密」の回避・・・密閉、密集、密接
- ② 手洗い、手指消毒の徹底
- ③ マスクの着用（練習時以外は着用し、咳エチケットを心がける）

【当日の参加について】

- ① 以下の事項に該当する場合は、参加を見合わせること。
 - ア) 体調が良くない場合（発熱、咳、咽頭痛などがある場合）
 - イ) 同居家族や身近な人に感染が疑われる方がいる場合
 - ウ) 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、地域への渡航歴または、当該在住者との濃厚接触がある場合。
- ② 選手、引率者、クリニックスタッフは開催日の1週間前（11月6日）から指定された「クリニック前／提出用 体調管理チェックシート」に体温等を記入の上、クリニック当日（11月13日）、会場受付にて提出すること（体調管理チェックシートは参加承諾書を兼ねるので、必ず保護者の署名が必要）。
- ③ クリニック終了後は「クリニック後／個人管理用 体調管理チェックシート」を2週間記録してください。
- ④ 感染防止のために主催者が決めたその他の処置を遵守し、主催者の指示に従うこと。

【その他の注意事項】

- ① 選手、引率者、保護者、クリニックスタッフ以外は会場への入場はできない。
- ② マスクの着用、手洗い、咳エチケットを心がけること（練習以外はマスクを着用する）。
- ③ 他の参加者、練習会スタッフとの距離（できるだけ2m以上）を確保すること（介助等しいを行う場合を除く）
- ④ 更衣室は使用できるが、更衣は速やかに済ませ、長時間滞在しないこと。シャワーは使用禁止とする。
- ⑤ 新型コロナウイルス接触感染アプリをできるだけ活用すること。
- ⑥ クリニック終了後2週間以内に、新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、島根陸上競技協会（0852-23-6686）に速やかに報告すること。

第19回 レディース陸上競技クリニック R4・11・13

申し込み 代表者 氏名	
緊急連絡先	

申し込み一覧表

	氏名(ふりがな)	所属	小・中・高	学 年	専門種目(あれば書いてください)
例	<small>シマネ</small> 島根 <small>リクコ</small> 陸子	出雲	中学校	1	短距離(100m)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

【第19回レディース陸上競技クリニック】



【クリニック前／提出用】新型コロナウイルス感染症についての体調管理チェックシート（第2版／2020年8月11日改訂）

本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、ご来場の皆様の健康状態を確認することを目的としています。
 本チェックシートにご記入の個人情報につきましては、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断及び必要なご連絡のためにのみ利用します。
 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ご本人の同意を得ずに第三者に提供致しません。
 但し、会場に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必要な範囲で保健所等に提供することがあります。
 個人情報の取得・利用・提供に同意する。（にチェックを入れて下さい。）

※大会1週間前から記入し、大会当日、主催者の指示に従い指定の場所に提出すること
 ※該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入すること（体温0.1℃単位の数字を記入）

No.	チェックリスト	11/6 (日)	11/7 (月)	11/8 (火)	11/9 (水)	11/10 (木)	11/11 (金)	11/12 (土)	11/13 (日)
1	のどの痛みがある								
2	咳（せき）が出る								
3	痰（たん）がでたり、からんだりする								
4	鼻水（はなみず）、鼻づまりがある ※アレルギーを除く								
5	頭が痛い								
6	体のだるさなどがある								
7	発熱の症状がある								
8	息苦しさがある								
9	味覚異常(味がしない)								
10	嗅覚異常(匂いがしない)								
11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
12	薬剤の服用								

氏名 _____

所属（学校名など） _____

※参加者が未成年の場合

連絡先（電話番号） _____

保護者氏名 _____

【第19回レディース陸上競技クリニック】 JAAF

【クリニック後／個人管理用】新型コロナウイルス感染症についての体調管理チェックシート

※大会終了後2週間は健康チェックをすること。

※該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入すること（体温0.1℃単位の数字を記入）

No.	チェックリスト	11/14 (月)	11/15 (火)	11/16 (水)	11/17 (木)	11/18 (金)	11/19 (土)	11/20 (日)	11/21 (月)	11/22 (火)	11/23 (水)	11/24 (木)	11/25 (金)	11/26 (土)	11/27 (日)
1	のどの痛みがある														
2	咳（せき）が出る														
3	痰（たん）がでたり、からんだりする														
4	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く														
5	頭が痛い														
6	体のだるさなどがある														
7	発熱の症状がある														
8	息苦しさがある														
9	味覚異常(味がしない)														
10	嗅覚異常(匂いがしない)														
11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

※症状が4日以上続く場合は必ず最寄りの保健所、医師会、診療所等に報告してください。症状には個人差がありますので、強い症状と思う場合にはすぐに報告してください。

※保健所、医師会、診療所等に相談後、必ず大会主催者に報告してください。