※トレーニングビブ、コーチビブの貸し出しは、チェックシートの提出

と引き換えとし、音威子府村教育委員会にて行います。

受付時間は平日8：30～17：15とします。土曜・日曜・祝日や時間外

に来られる場合は、申し込みの際にその旨記載下さい。

にその旨記載下さい。

新型コロナウイルス感染症に関連する体調管理チェックシート（個人提出用）

【音威子府クロスカントリーコース】

●記入いただいた情報は、大会運営側で厳重に管理の上、新型コロナウイルス関連の対応にのみ使用します。

●関係機関（保健所等）の求めにより、内容の一部又は全部を情報提供する場合があります。

●コースの使用については、選手・コーチ、競技役員等の関係者全てが、別紙『音威子府村における新型コロナウイルス感染防止対策事項』『音威子府村クロスカントリーコースの使用にあたっての留意事項』を遵守するとともに、内容に同意した上で申込むこと。

●連絡事項については、音威子府スキー協会公式ＬＩＮＥアカウントを使用し周知しますので、必ず登録をお願いいた

います。(下記ＱＲコードより登録願います。ご登録いただけず、連絡を受け取れなかった場合のクレームについて

はお受けいたしません。)

●大会終了後２週間程度以内に新型コロナウイルス感染症を発症した（疑いを含む）場合は、濃厚接触者の有無を含め

て速やかに大会事務局へ報告してください。

●本内容に同意できない、又は本用紙の提出がない場合は、コースの使用はできません。

（上記の内容に同意される方は、☑をお願いします）

□　情報の取得、使用又は提供に同意する

※該当する全ての項目を記入（□：該当項目に☑）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | 代表・監督氏名 | |  | |
|  | (□選手　□チーム関係者　□競技役員) | | 性別 | □男　□女 | |
| 年齢 | 歳 | |
| 個人連絡先 | 【常に連絡が取れるＴＥＬ】 | | | | |
| 保護者氏名 | （選手が未成年の場合のみ記入してください） | | ワクチン接種状況 | | □済み  □未接種 |
| コースを使用する期間 | 令和３年１２月　　日～令和３年１２月　　日 | | | | |
| ビブ受取予定日時 | 令和３年１２月　　日　午前・午後　　　時　　　分 | | | | |

※体温は必須。その他該当する症状・項目がある場合は、☑又は記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月　日 | 体　温 | 咳 | 頭痛 | だるさ | のどの  痛み | 呼吸苦 | 味覚  嗅覚  異常 | 海外or  流行地域  往来/・滞在 | その他症状or  国・地域名 |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |

※続きは裏面に記載願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月　日 | 体　温 | 咳 | 頭痛 | だるさ | のどの  痛み | 呼吸苦 | 味覚  嗅覚  異常 | 海外or  流行地域  往来/・滞在 | その他症状or  国・地域名 |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |
| / | ℃ | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |  |



⇦このＱＲコードを

読み取って登録

をお願いします

お問い合わせ

・音威子府村教育委員会：０１６５６－５－３３５６

　住所：中川郡音威子府村字音威子府444番地1

・緊急連絡先：０８０－７５５６－８７３７

※緊急連絡先については、病院にかかる際や、土曜・日曜・祝日や時間外に緊急でご連絡が必要な際にお使いください。

音威子府村スキー協会

公式ＬＩＮＥアカウント

コースを使用する１週間前までに、事務局へ事前に提出願います。

Ｆ Ａ Ｘ：０１６５６－５－３７０７

ＭＡＩＬ:kyouiku@vill.otoineppu.hokkaido.jp

新型コロナウイルス感染症に関連する体調管理チェックシート

（チーム代表者提出用（名簿））

【音威子府クロスカントリーコース】

●記入いただいた情報は、大会運営側で厳重に管理の上、新型コロナウイルス関連の対応にのみ使用します。

●関係機関（保健所等）の求めにより、内容の一部又は全部を情報提供する場合があります。

●コースの使用については、選手・コーチ、競技役員等の関係者全てが、別紙『音威子府村における新型コロナウイルス感染防止対策事項』『音威子府村クロスカントリーコースの使用にあたっての留意事項』を遵守するとともに、内容に同意した上で申込むこと。

●連絡事項については、音威子府スキー協会公式ＬＩＮＥアカウントを使用し周知しますので、必ず登録をお願いいた

います。(下記ＱＲコードより登録願います。ご登録いただけず、連絡を受け取れなかった場合のクレームについて

はお受けいたしません。)

●大会終了後２週間程度以内に新型コロナウイルス感染症を発症した（疑いを含む）場合は、濃厚接触者の有無を含め

て速やかに大会事務局へ報告してください。

●本内容に同意できない、又は本用紙の提出がない場合は、当大会への出場はできません。

□　情報の取得、使用又は提供に同意する

（上記の内容に同意される方は、☑をお願いします）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | | | |
| 代表・監督氏名 |  | | 電話番号 | 【常に連絡が取れるＴＥＬ】 |
| コースを使用する期間 | | 令和３年１２月　　日～令和３年１２　　日 | | |
| ビブ受取予定日時 | | 令和３年１２月　　日 | | |

〇コースを使用される監督・コーチをお書きください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 性　別 | 年　齢 | コーチビブNo.  (事務局で記載) | ワクチン接種状況 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |

　※続きは裏面に記載願います。

お問い合わせ

・音威子府村教育委員会：０１６５６－５－３３５６

　住所：中川郡音威子府村字音威子府444番地1

・緊急連絡先：０８０－７５５６－８７３７

※緊急連絡先については、病院にかかる際や、土曜・日曜・祝日や時間外に緊急でご連絡が必要な際にお使いください。



⇦このＱＲコードを

読み取って登録

をお願いします

音威子府村スキー協会

公式ＬＩＮＥアカウント

〇コースを使用される選手をお書きください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 性　別 | 年　齢 | トレーニングビブNo.  (事務局で記載) | ワクチン接種状況 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |
|  |  |  |  | □済み  □未接種 |