２０２３年7月10日(月）必着着！

**サウンドテーブルテニス 受講申込書**

**期日／202３年8月6日(月)**

**会場／福井県視覚障害者地域活動支援センター**

＊参加する番号・級などに○をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 更新　  | Ｂ級　　　Ｃ級 |  | ルール受講 | 競技者　　　　審判員　　　　関係者 |
| 　　 |  |  | 1. 特例更新
 | Ｂ級　　　　Ｃ級 |

申込み日　　　 年　　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男女 | 生年月日 |  年 　月 　日 |
| 氏名 |  | 登録番号 | ＊更新の方はご記入ください。 |
| ― |
| 住所 | 〒 |
|  |
| 電話 |  | FAX | 　 |
| □ | メールアドレス | ＊新規・更新の方で「審判部だより」メール配信希望者は☑をいれてください。ただし、添付が受け取れることが条件です。 |
|  |
| [参考] |
| ＊（財）日卓協・公認審判員資格　　 | 無 ・ 有　[　　　　　 　　　　　　　　　　　] |
| ＊（公財）日障協・障害者スポーツ指導員資格 | 無 ・ 有　[　　　　　　　 　　　　　　　　　] |
| ＊その他、障害者スポーツ資格をお持ちの方はお書き下さい [　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　] |
| □ | ルールブック 　　1,500円（送料別）1,500円×　　　　　　冊　＝ 　+　送料 | ・購入される方は☑を付け、当日受付で納めてください。・講習会前購入希望は、備考欄に明記ください。 |
| [連絡欄] | 【郵送】　〒918-8075 福井市羽坂48-6-16　　長谷部路江　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宛 |

**新型コロナウイルス感染防止対策 「健康チェックシート」**

この用紙を 当日、受付に提出 ください。

当日の朝の体温

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 8月 6日 (月) | 　　　　　　　　　　℃ |
|  | 　　　　　　　　　　 |
|  |  |  |
| ◆講習会前１０日以内における以下の事項の有無 | 該当のある方に〇 |
| 平熱を越える発熱 | ある(あった) | ない |
| 咳(せき)、のどの痛みなどの風邪の症状 | ある(あった) | ない |
| だるさ(倦怠(けんたい)感、息苦しさ(呼吸困難) | ある(あった) | ない |
| 喚覚や味覚の異常 | ある(あった) | ない |
| 体が重く感じる、疲れやすい等 | ある(あった) | ない |
| 新型コロナウイルス感染症とされた方との濃厚接触の有無 | ある(あった) | ない |
| 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 | ある(あった) | ない |
| 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居住者との濃厚接触がある場合 | ある(あった) | ない |

＊ご参加後、参加者に新型コロナウイルス感染症への感染等が確認された場合、感染拡大を防ぐため記入いただいた個人情報を保健所の要請により情報提供する場合があります

＊本文書において収集した個人情報等を上記の目的以外で利用することはありません。収集した個人情報は、適切に管理させていただきます。

上記の主旨についてご理解いただきましたら、名前をご記入いただきますようお願いいたします。

**個人情報を新型コロナウイルス染症の拡大防止のため、保健所等に提供することについて同意します**

２０２３年　　 月　　　　日

氏名