

## プラスノー練習会①② 実施要項

1. 目的 各種全国大会に向けて競技力の向上を目指す。
2. 主催 宮城県スキー連盟
3. 期間 ①令和4年10月22日(土) 日帰り練習  
②令和4年11月5日(土) //
4. 場所 宮城県川崎町 みやぎ蔵王 セントメリースキー場  
〒989-1502 宮城県柴田郡川崎町大字今宿字猪ノ沢3-10  
(TEL) 0224-84-5880
5. 日程 9時集合 16時頃解散予定 (スキーセンター前)  
※昼食は各自ご用意ください。
6. 参加対象 宮城県スキー連盟競技登録選手  
※小学3年生以上の選手で、一度はプラスノーを滑ったことがある選手
7. 費用 特別指定・A指定・B指定・キッズ指定 1,000円  
C指定・指定外(小・中学生) 2,000円  
指定外(高校生以上) 3,000円  
※グレンデ利用料金込みです。(リフト代含む)
8. コーチ 宮城県スキー連盟 強化委員
9. 準備物
  - ・スキー用具一式 ・手袋(薄手と冬用の古い手袋)
  - ・ヘルメット(お持ちの方は自転車用のヘルメットをご持参ください)
  - ・トレーニングウェア(滑る際は安全のため、なるべく肌を露出しないでください)
  - ・着替え(スプリングラーで水が出ますので濡れます)
  - ・飲み物(各自でご用意ください) ・カップ(雨天でもトレーニングを行います)
  - ・筆記用具 ・陸上用運動靴及びトレーニングウェア(陸トレも行う事があります)
  - ・体調チェックシート(別紙1)受付時提出
10. 申し込み 別添の申し込み用紙に必要事項を記入の上、郵送、FAXにて期日まで申し込むこと。  
参加費用は必ず下記の口座に期日まで振り込んでください。(現地支払なし)

※参加回数分まとめて振り込んでも構いませんが、申込書は各回ごと一枚ずつ提出して下さい。

宮城県スキー連盟事務局

〒981-3206 仙台市泉区明通4丁目7番地

(TEL) 022-799-7200 (FAX) 022-799-7201

※緊急連絡先：090-3983-7209(強化委員長笹原携帯)

【振込先】(競技本部口座)

七十七銀行 高森支店

普通 9048561

宮城県スキー連盟

締め切り

①令和4年10月14日(金) 必着

②令和4年10月28日(金) 必着

11. その他 各自必ず傷害保険に加入すること。  
参加後、PCR検査を受検することになった場合は県連事務局へ至急連絡すること。

# アルペン プラスノー練習会 申込書

練習会日 第 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業の趣旨を理解し、参加に際しては、傷害防止に充分注意をするとともに、万一私及び私が原因で発生した事故に対しては、すべて自己の責任において処理することを了承の上、申し込みします。

指 定 \_\_\_\_\_ A 指定 \_\_\_\_\_ ・ B 指定 \_\_\_\_\_ ・ キッズ \_\_\_\_\_ ・ C 指定 \_\_\_\_\_ ・ 指定外 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印または自署)

性別 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

所属(学校名) \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 年

Jr チーム名(所属者のみ) \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ 本人・保護者( \_\_\_\_\_ )  
(すぐに連絡がとれる番号を記入ください。例：保護者携帯など)

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印または自署)  
(未成年者は記入ください)

※振り込みは参加回数分まとめてでも構いません。

振込金額 \_\_\_\_\_ 円

まとめて振込みの場合、内訳説明

振込日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 振込済 振込名義<<本人・他( \_\_\_\_\_ )>>

※ 参加者自身で任意の保険加入をすること。

申込先： 〒981-3206  
仙台市泉区明通 4 丁目 7 番地 「宮城県スキー連盟事務局」  
(TEL) 022-799-7200  
(FAX) 022-799-7201  
※必ず参加経費を宮城県スキー連盟七十七銀行の口座へ振り込んで下さい。

**※複数回参加する選手は各自コピーを取って申し込みください。**

**※各練習会ごと申し込み締め切りを守ってください。(締切厳守)**

※記載された個人情報については、該当の行事及び関連する目的以外では使用しません。  
※当該事業の写真や動画を宮城県スキー連盟関係のインターネットや紙媒体、報道関係等で使用する場合があります。(万一掲載を希望しないときはあらかじめ個別に申し出てください。)

## 体調チェック報告用シート

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前にすべてご記入の上、受付時に必ずご提出ください。

内容によっては、参加をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

### 1. ご自身の平熱と参加当日の体温

平熱	本日の体温	本日の体調
℃	℃ 時 分計測	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調

### 2. 開催日前14 日以内 について、以下の質問にお答えください。

質問	回答
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下のリストに該当する症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

症状リスト（上記ではいと回答した場合は、○を付けてください。）

① 平熱を超える発熱	② 咳	③ のどの痛み	④ 倦怠感（だるさ）	⑤ 息苦しさ
⑥ 嗅覚や味覚の異常	⑦ その他（ ）			

### 3. その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

※記入いただいた内容は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、当該講習会等において参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断および必要な連絡調整のために使用します（書類は一定期間保管した後、破棄します）。

なお、感染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・行政機関等に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。