

地域交流フライングディスク大会

日時 令和3年11月7日(日)12:45～17:00 (受付12:15～)

場所 ふれあいスポーツ交流館 アリーナ

対象 障害児・者、中高齢者、健常者 (参加者との交流を希望される方)

競技方法 アキュラシー競技 ※団体戦のみ実施します

定員 16チーム (1チーム3名)

※3名揃わない場合は、1名又は2名での申込も可
(主催者側でチーム編成します)

定員を超える応募があった場合は、障害者優先で先着順とさせていただきます
のでご了承ください。締切後、参加不可となった方には連絡をいたします。

参加費 1名 500円 締め切り 令和3年10月24日(日)

申込方法 申込用紙に必要事項を記入し、下記までお申込ください。

ご注意

- ①競技審判は原則相互審判で行います。
- ②別紙「新型コロナウイルス感染症対策について」を熟読の上、お申し込みください。
- ③新型コロナウイルス感染症の蔓延を考慮して、日程の変更または中止する可能性がありますので、ご了承くださいますようお願いいたします。

【申し込み・問合せ先】

西播磨総合リハビリテーションセンター

ふれあいスポーツ交流館

TEL 0791-58-1313

FAX 0791-58-1323

〒679-5165 たつの市新宮町光都1-7-1



新型コロナウイルス感染症対策について

新型コロナウイルス感染拡大防止について、以下の対応・対策を行っております。何卒ご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

1) 大会に参加される前に

以下の項目に該当する場合は、大会への参加が出来ませんので、ご了承ください。

- ☐ 体調が優れない場合（感染及び感染が疑われる以下の症状がある場合）
 - ・平熱を超える発熱 ・咳 ・のどの痛み ・倦怠感（だるさ）
 - ・息苦しさ ・嗅覚や味覚の異常
- ☐ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
- ☐ 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、地域等への渡航または該当在住者との濃厚接触がある場合

2) 大会当日の対策について

当日は以下の項目について、ご理解・ご協力をお願いいたします。

①入館前

- ☐ 別紙「健康チェックシート」をご記入の上、お越しください。
- ☐ マスクをご持参ください。
- （受付や着替え時等、スポーツを行っていない際や会話をする際は必ずマスクをご着用ください）

②受付～開会式

- ☐ 当日の 受付は 12 時 15 分 からです。12 時 15 分になったら職員通用口(★図参照)からお入りください。
- ※早く来られても、館内でお待ちいただくことは出来ません。
- ☐ 入館時に検温を行います。健康チェックシートに体温を記入します。事前にご準備ください。
- ☐ 受付後は指定の場所でお待ちください。

③競技中

- ☐ 他の参加者や主催者・審判・ボランティアとのソーシャルディスタンスの確保のご協力ください。
- ☐ 大きな声での応援・会話はできる限りお控えください。
- ☐ 咳エチケットやこまめな手洗い・手指消毒等にご協力ください。
- （各コートに手指消毒を設置いたします）

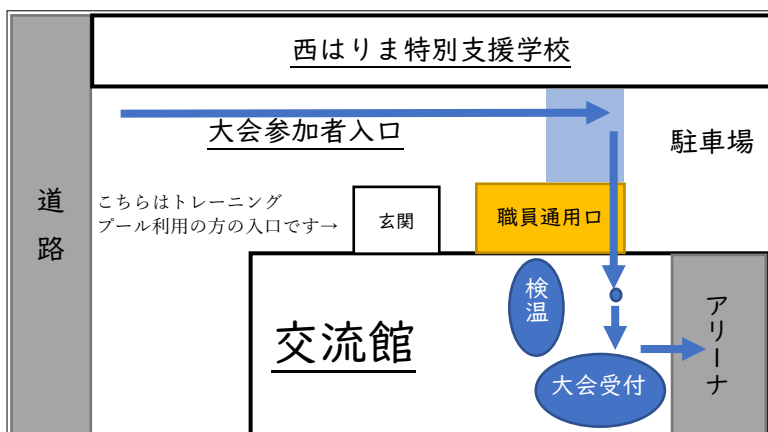
④その他

- ☐ 会場の換気実施にご協力ください。
- ☐ ゴミは必ずお持ち帰りください。当日館内での食事はお断りいたします。
- ☐ 体調が優れない場合、大会への参加をお断りする場合があります。
- ☐ 感染防止のために主催者が決めたその他の措置を厳守し、主催者の指示に従ってください。

3) 大会終了後について

- ☐ 大会終了後、14 日以内に感染及び感染が疑われる症状が発生した場合は、速やかに担当までご連絡ください。また、他の参加者や審判員、ボランティアへの情報提供をご了承ください。

★【入館案内図】



兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター
ふれあいスポーツ交流館
TEL 0791-58-1313
担当：田坂・田村

地域交流フライングディスク大会 参 加 申 込 書

団体名		代表者名	
連絡先	住所	〒	
	TEL		
	FAX		
	当日連絡先		

- 1) 定員を超える申し込みがあった場合は、受付番号順に障害者優先で先着順となります。
- 2) 新型コロナウイルス感染予防対策にご協力ください。
 - ①当日の参加者を把握するため、付添者がある場合は、必ず氏名をお書きください。
 - ②健康チェックシートは当日受付時に1人1枚ご提出ください。(付添者の方も必要です。)用紙が不足する場合は、各自コピーしてご準備ください。

	ふりがな 氏 名	性別	年齢	障害名	付添者
1		男・女		無・有（ ）	無・有 氏名（フルネーム）
2		男・女		無・有（ ）	無・有 氏名（フルネーム）
3		男・女		無・有（ ）	無・有 氏名（フルネーム）

○ 指導員に伝えておきたいことがあれば、お書き下さい。

参加費	500円×（ ）名＝（ ）円
-----	------------------------------

領収書	<input type="checkbox"/> 団体名でまとめて発行 <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 選手個人名で人数分発行 ）
-----	--	---

受付日 令和 3年 月 日	受付番号
受付者 ()	

新型コロナウイルス感染症に関する健康チェック(大会当日用)

住所： _____
氏名： _____
電話番号： _____

* スタッフ記入欄

令和 3 年 ____ 月 ____ 日

入館時間 ____ 時 ____ 分

この用紙は当施設で感染者が発生した場合に保健所に連絡できるよう一か月間保管します。
記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のために利用いたします。
その他の利用目的のために利用することはありません。

1. 現在の体温をご記入ください。(受付スタッフが計測します。)

℃

2. 利用前2週間における以下の事項の有無について□に✓をお願いします

	ある	ない
① ご自身に37.5度以上の発熱はありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 風邪症状（咳・咽頭痛）、味覚、嗅覚障害の症状はありませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ ご自身に「息苦しさ、倦怠感」等の症状はありませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 同居している方に①②③の症状はありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 感染症の症状がある方と接触しましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 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在住者との濃厚接触がありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ 1つでも「ある」の回答があった場合、ご利用をお断りさせていただきます。

3. 以下の項目をよくお読みいただいた上で、ご協力をお願いいたします。

	✓
① ご利用時は、受付にて検温（非接触型体温計）を行わせていただきます	<input type="checkbox"/>
② 館内ではマスクを着用し、アリーナ内での運動中も、可能な限りマスクの着用をお願いします	<input type="checkbox"/>
③ 利用中に大きな声で会話等をお控え下さい	<input type="checkbox"/>
④ 他の利用者、施設管理者スタッフ等との距離（1.5m以上）を確保してください ※ 障がい者の誘導や介助を行う場合を除きます	<input type="checkbox"/>
⑤ 感染防止のために施設管理者が決めたその他の措置の遵守、施設管理者の指示に従って下さい	<input type="checkbox"/>
⑥ 利用終了後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、濃厚接触者の有無等を含め、当施設へ速やかにご連絡下さい。	<input type="checkbox"/>

⇒ ご協力頂けない項目がある場合は、利用の自粛をお願いします。