

## 講習会・研修会の受講における新型コロナウイルス感染症対策について

講習会・研修会の受講にあたり、新型コロナウイルス感染症拡大防止について、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。

### ■講習会・研修会を受講される前に

①以下の事項に該当する場合は、受講ができませんので、ご了承ください。

体調が優れない場合（感染およ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。

開催日前14日以内で、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る場合。

②講習会・研修会開催14日前より別紙『検温・体調チェック表』を記入し、当日の受付で必ずご提出ください。

### ■講習会・研修会中の対策について

開催期間中は以下の項目についてご理解・ご協力をお願いします。

他の参加者や運営事務局、講師との間隔が密にならないようご協力ください（ソーシャルディスタンスの確保）。

必要以外の会話、大きな声での会話はできるだけお控えください。

当日はマスクを持参し、受付時や講義中は必ず着用してください。また、運営事務局、講師のマスク着用にご理解ください。

会場の換気実施にご協力ください。

受付時には、検温にご協力ください。

講習会・研修会の2週間前からの体調チェック表をご記入し、必ずご提出ください。

ごみはご自身で管理し、必ずお持ち帰りください。

体調が優れない場合、過去2週間の体調チェック表未記入の場合、受講をお断りする場合があります。

感染防止のため、主催者・事務局が定めたその他の措置の遵守、主催者の指示に従ってください。

### ■講習会・研修会の終了後について

講習会・研修会終了後、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、速やかに事務局までご連絡ください。また、他の受講者や講師への情報提供にご了承ください。

お問合せ先  
一般社団法人神奈川県障がい者スポーツ協会  
TEL：0466-96-0183  
FAX：0466-96-0186

## 検温・体調チェック表

氏名： \_\_\_\_\_ 連絡のつく電話番号 \_\_\_\_\_

受講予定講習会・研修会名：神奈川県障害者スポーツサポーター養成講習会 第 \_\_\_\_\_ 回

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、講習会初日の体調まで記入し、受付時に必ずご提出ください。

1) 講習会・研修会 **開催日前 14 日間**までの体調を記入してください。

《症状リスト》

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（具体的症状は各日の欄にご記入ください）

記入日	体温	体調 (0・X)	体調 (X) の場合のみ 症状リスト番号記入	記入日	体温	体調 (0・X)	不調の場合のみ 症状リスト番号記入
/	℃			/	℃		
/	℃			/	℃		
/	℃			/	℃		
/	℃			/	℃		
/	℃			/	℃		
/	℃			/	℃		
/	℃			/	℃		

2) 講習会・研修会 **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
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

3) その他、気になる点や伝えたいこと等ありましたら、ご記入ください。

記入内容は、当該講習会・研修会のみにおいて活用致します（書類は1か月保管後破棄します）。  
万が一の場合、保健所等関係機関へ情報提供することを予めご了承ください。  
ご協力ありがとうございました。