

# 2020年度 JMSCA スポーツクライミング部ブロック別研修会 (近畿ブロック) 開催要領

## 1 主旨

国民体育大会ブロック大会区分に準じて、スポーツクライミング競技、国民体育大会スポーツクライミング競技等の普及・推進とアンチ・ドーピングの啓発の研修会を開催する。

\*本研修は、日本スポーツ協会公認指導員資格更新義務研修です。日本山岳・スポーツクライミング協会ルートセッター、審判員更新義務研修にもなります。

2 主催 (公社) 日本山岳・スポーツクライミング協会 (JMSCA)

3 主管 (一社) 大阪府山岳連盟

## 4 カリキュラム ※共通でAD研修実施

研修会名称	カリキュラム	時間
スポーツクライミングC級審判員認定研修 10.5時間	競技規則/認定試験	—
スポーツクライミング総合研修 4.5時間	主な競技規則	1.5時間
	競技運営/規定	1.5時間
	指導者教育/育成	1.0時間
	アンチ・ドーピング	0.5時間

5 講師 日本山岳・スポーツクライミング協会スポーツクライミング部常任委員、専門委員  
アンチ・ドーピング委員会常任委員

## 6 参加資格

(1) JMSCA 公認スポーツクライミングC級審判員認定研修

- ①クライミング競技会への参加経験のある者(選手、スタッフを問わない)
- ②その他、所属山岳連盟/スポーツクライミング協会会長から推薦された者

(2) スポーツクライミング総合研修

- ①本協会公認スポーツクライミングルートセッター・審判員資格保有者
- ②岳連/スポーツクライミング協会競技/スポーツクライミング委員長
- ③スポーツクライミング指導者/国体監督予定者
- ④その他、所属山岳連盟/スポーツクライミング協会会長から推薦された者

補足：上記(1)①、(2)①～③に該当する方は、別紙1の申込書に会長押印は不要です。

## 7 受講料(当日徴収)

(1) 認定研修 ￥2,000-

(2) 総合研修 ￥2,000-

(別途、資料「国体スポーツクライミング競技規定集」代金 1,000円+消費税が必要)

## 8 研修期日

(1) 認定研修(二日間)

受付：令和3年1月23日(土) 13:00~13:30

研修：令和3年1月23日(土) 13:30~18:30

令和3年1月24日(日) 9:00~15:30

(2) 総合研修

受付：令和3年1月24日(日) 13:00~13:30

研修：令和3年1月24日(日) 13:30~18:00

## 9 会場

高槻市立生涯学習センター（高槻市役所・総合センター内）

認定研修 3階・第2会議室、総合研修 3階・研修室

住所：大阪府高槻市桃園町2番1号 電話番号：072-674-7700

アクセス：JR高槻駅および阪急高槻市駅から徒歩約8分

専用駐車場はございません。お近くのコインパーキングをご利用下さい。

注：宿泊をされる方は、各自でご手配・ご予約をお願いします。

JR高槻駅または阪急高槻市駅周辺のビジネスホテルが便利です。

## 10 申込先・問合せ先

別紙1の申込書に必要事項をご記入の上、**令和2年12月29日（火）**までに下記へ郵送またはメールでお送りください。

会長印のある申込書につきましては、スキャンしPDFにしたものをメールでも受付いたします。その場合、本紙の郵送は不要です。

（一社）大阪府山岳連盟事務所

住所：〒537-0014 大阪市東成区大今里西2-5-12

メール：konoosakasc@gmail.com

電話：090-4302-1605（ブロック別研修会担当 河野陽子）

## 11 新型コロナウイルス感染拡大防止対策

### （1）参加者へのお願い

①研修会の2週間前\*より別紙2「健康チェックシート」に記録し、体調が良好なことを確認してご参加下さい。同チェックシートは、研修会当日受付へ提出して下さい。

（\*認定研修受講者は1/9から、総合研修受講者は1/10から記録して下さい。）

②研修会当日、受付でマスク着用の確認、検温、当日用健康チェック表への記入を行います。

筆記用具の持参をお願いします。体温測定、健康チェック表に次の症状及び状況がある場合、研修会に参加できませんので、ご了承下さい。

- ・発熱（37.5度以上）、体調がよくない（発熱・咳・咽頭痛などの症状が続いている）
- ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる
- ・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在住者との濃厚接触がある

③研修中はマスク着用、咳エチケット、手洗い及び手指の消毒をお願いします。

④受講料（¥2,000）及び資料代金（¥1,100）は釣銭のないよう事前にご準備願います。

### （2）その他

①会場入口に手指消毒用の消毒液を設置します。

②可能な限り講義室の扉は開放し、会場の換気をいたします。

③大阪府の感染警戒状況に応じた施設ガイドラインの対策を行います。

④感染拡大状況により、研修会を中止する場合があります。その場合はHP等でお知らせします。

以上

## 2020年度 JMSCAスポーツクライミング部ブロック別研修会参加申込書

【提出締切日：令和2年12月29日（火）必着】

氏名（フリガナ）	所属岳連名：( ) (都・道・府・県)山岳連盟（協会） 所属山岳会名：( )	
生年月日： (昭和・平成) 年 月 日	日本スポーツ協会公認指導員資格番号( ) JMSCA公認資格番号( )	
郵便番号： — 住所：	電話番号（FAX）：	E-Mail:
参加区分及び資料について（○で囲む）： (1) JMSCA公認スポーツクライミングC級審判員認定研修 (2) スポーツクライミング総合研修 *資料「国体スポーツクライミング競技規定集（令和2年10月改訂版）」について 入手済み（当日ご持参下さい） ・ 当日購入（税込¥1,100-）		
岳連（協会）内の役職名：		
クライミング競技会、本国体、ブロック大会参加歴（選手、監督、審判員、役員等） ・選 手：  ・監 督：  ・ルートセッター、審判員/役員：		
上記の者が参加することを推薦します（会長推薦による申込みの場合のみ記入・押印下さい） 年 月 日  _____（都・道・府・県）山岳連盟（協会）会長 _____ 印		

※ 本申込書での提出された個人情報、研修会の主旨・目的以外に使用いたしません。

## 健康チェックシート

チェックシートは研修会開催にあたり新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の皆様の健康状態を確認することを目的としています。  
 ご記入頂いた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断及び必要なご連絡のためにのみ利用します。  
 感染者又は感染の疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所等の関係機関に情報を提供することがありますことを予めご了承下さい。

氏名	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
		1月9日	1月10日	1月11日	1月12日	1月13日	1月14日	1月15日	1月16日	1月17日	1月18日	1月19日	1月20日	1月21日	1月22日	1月23日
	<input type="checkbox"/> 認定研修に参加	1月9日	1月10日	1月11日	1月12日	1月13日	1月14日	1月15日	1月16日	1月17日	1月18日	1月19日	1月20日	1月21日	1月22日	1月23日
	<input type="checkbox"/> 総合研修に参加	1月10日	1月11日	1月12日	1月13日	1月14日	1月15日	1月16日	1月17日	1月18日	1月19日	1月20日	1月21日	1月22日	1月23日	
	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
健康状態	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	咳（せき）が出る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	痰（たん）がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	頭が痛い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	だるさ（倦怠感）がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	味覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	嗅覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
行動歴	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	政府から入国制限、入国後の観察時期が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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 本票は一定期間保管した後、破棄します。