

2020年度 JMSCA スポーツライミング部ブロック別研修会  
(近畿ブロック) 開催要領【緊急事態宣言による延期後更新版・追加募集】

※赤字が変更箇所です

1 主旨

国民体育大会ブロック大会区分に準じて、スポーツライミング競技、国民体育大会スポーツ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。なお、JMSCA より特別措置として、本年度に限り義務研修会参加義務を免除し 2021 年度の登録更新ができることになりました。この総合研修の受講により、2022 年度の登録更新が可能となります。

2 主催 (公社) 日本山岳・スポーツライミング協会 (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・スポーツライミング協会スポーツ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/スポーツライミング協会会長から推薦された者

(2) スポーツライミング総合研修

- ①本協会公認スポーツライミングルートセッター・審判員資格保有者
- ②岳連/スポーツライミング協会競技/スポーツライミング委員長
- ③スポーツライミング指導者/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 研修期日および会場 **※認定研修と総合研修の会場が異なりますので、ご注意ください**

(1) 認定研修(二日間)

1 日目受付：令和3年3月27日(土) 13:00~13:30

研修：令和3年3月27日(土) 13:30~18:00

2 日目受付：令和3年3月28日(日) 9:10~9:30(2 日目も検温等のため受付時間を設定します)

研修：令和3年3月28日(日) 9:30~16:30

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)3 階・第2会議室

住所：大阪府高槻市桃園町 2-1 TEL：072-674-7700

アクセス：JR 高槻駅および阪急高槻市駅からどちらも徒歩約 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。

## (2) 総合研修

受付：令和3年3月28日（日）13:00～13:30

研修：令和3年3月28日（日）13:30～18:00

会場：高槻クロスパル（総合市民交流センター）4階・第4会議室

住所：大阪府高槻市紺屋町 1-2 TEL：072-685-3721

アクセス：JR 高槻駅から徒歩約 1 分、阪急高槻市駅から徒歩約 7 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。

## 9 申込先・問合せ先（追加募集分）

緊急事態宣言により事務局への郵送分が迅速に対応できないため、Web・メールでの受付といたします。**締切：令和3年3月5日（金）**

### (1) Google フォームでの受付

[認定研修申込書へリンク](#)

[総合研修申込書へリンク](#)

### (2) 上記6参加資格で会長印の必要な方、Google フォームへ書き込みできない方

別紙 1 に必要事項をご記入・押印の上、スキャンや撮影したファイルをメールでお送りください。

メール：konoosakasc@gmail.com

問合せ先電話：090-4302-1605（ブロック別研修会担当 河野陽子）

## 10 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 3/13 から、総合研修受講者は 3/14 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。

⑤**参加人数により、研修会場を変更する場合があります。**その場合は参加者へ直接お知らせします。

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3年3月5日（金）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： ー	電話番号（FAX）：	
住所：	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	
		3月13日	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日	3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日	3月25日	3月26日	3月27日
	<input type="checkbox"/> 認定研修に参加	3月13日	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日	3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日	3月25日	3月26日	3月27日
	<input type="checkbox"/> 総合研修に参加	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日	3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日	3月25日	3月26日	3月27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。