

### 「高段位受審者対象形講習会」の開催について

全空連指定形及び得意形の技術向上を目指し、また形審判員としての力量を高めるため、下記の通り公認段位受審対象者形等講習会を近畿地区協議会主催で実施いたします。是非参加ください。

- 1 期 日 **令和4年5月3日(火・祝)**
- 2 時 程 時程は別紙をご確認ください。
- 3 会 場 エディオンアリーナ大阪 剣道場 (大阪府立体育会館)  
大阪市浪速区難波中3-4-36 電話(06)6631-0121
- 4 受講資格 ①公認府・県形審判員有資格者で公認地区形審判員資格受審予定者  
②公認3段位以上の有資格者で公認4段位以上の受審予定者  
③公認地区・全国形審判員有資格者で希望者  
④近畿大会に参加される公認地区・全国形審判員有資格者

(注) 来る9月18日(日)開催予定の公認地区形審判員資格試験受審予定者 及び  
9月19日(月・祝)開催予定の公認4・5段位受審予定者は是非受講してください。

※地区形審判員養成講習会(地区形審判員受審者は必須)は、6月25日(土)に実施予定です。

- 5 受講料 8,000円 (当日受付にて支払いのこと)
- 6 携帯品 全空連公認資格証、空手道形教範(第1・2指定形)、筆記用具、空手衣
- 7 申込方法 下記へ必要事項を記入して、FAX・E-Mail・郵送にてお申し込みください。  
(申込先) 〒651-0056 神戸市中央区熊内町5丁目5-9-19 KIC内  
兵庫県空手道連盟 事務局 宛  
Tel:078-891-6651 Fax:078-242-0701  
E-Mail:info@hyokuren.jp
- 8 その他 受講者は**必ず、マスクを着用**してください。

**申込〆切**

**4月22日(金)必着** ※近畿地区へは4月26日必着で申込みます。

----- 切り取らずにお送りください -----

### 「高段位受審者対象形講習会」申込書

会員番号 \_\_\_\_\_ 会員名 \_\_\_\_\_

全空連番号 \_\_\_\_\_

公認段位 \_\_\_\_\_ 段 形審判資格 ( ) 無 ・ ( ) 県 ・ ( ) 地区 ・ ( ) 全国

流派 ( ) 剛 ・ ( ) 松 ・ ( ) 糸 ・ ( ) 和 ・ ( ) 他 \_\_\_\_\_

※ 流派の欄は、次の4流派から選択してください。  
剛(剛柔系)・松(松濤館系)・糸(糸東系)・和(和道系)

※事務局使用欄			
受付	HP	入力	

## 高段位受審者対象形講習会「時程」

- 1 期 日 令和4年5月3日(火・祝)
- 2 会 場 エディオンアリーナ大阪 剣道場 (大阪府立体育会館)  
大阪市浪速区難波中3-4-36 電話(06)6631-0121

### 3 内 容

- |                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| (1)受 付                        | 9:20～ 9:50  |
| (2)開 講 式                      | 10:00～10:10 |
| (3)実 技 講 習「第1・2指定形(流派別)」      | 10:10～11:30 |
| ( 昼 食 )                       |             |
| (4)実 技 講 習「第1・2指定形及び得意形(流派別)」 | 12:30～13:30 |
| (5)学科講習「形競技規定、形審判の見方」         | 13:35～14:20 |
| (6)実技講習「形審判員としての指定形の評価」       | 14:30～16:00 |
| (7)閉 講 式                      | 16:00～      |

### 4 受講者

- (1)公認府・県等形審判員有資格者で公認地区・全国形審判員資格試験受審予定者
- (2)公認3段位取得者以上の有資格者で公認4段位以上の受審予定者
- (3)公認地区・全国形審判員有資格者で希望者
- (4)近畿大会に参加される公認全国形審判員有資格者

\* 上記時間割で進行の予定ですが、多少の変更については御了承願います。

# 連絡先等確認用紙

## <使用目的>

本用紙は、講習会開催において、万が一参加者の中で新型コロナウイルスに感染または感染の疑いがある方が出た場合、参加者へ連絡を取るために使用いたします。

なお、この確認調査は、(公財)全日本空手道連盟のガイドラインに沿って行っております。

以下の項目を参加者ご本人が記載し、受付時にご提出ください。

フリカナ

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

連絡のつく番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

本日の体温 \_\_\_\_\_ °C 平熱 \_\_\_\_\_ °C

講習・講習会前2週間における以下の事項の有無(該当するものにレ点をしてください)

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ・平熱を超える発熱   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・咳・喉の痛みなど風邪の症状  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・嗅覚や味覚の異常   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・体が重く感じる、疲れやすい等   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・新型コロナウイルス感染症陽性者とされた者との濃厚接触                                   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・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"/> いる | <input type="checkbox"/> いない |
| ・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か | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない  |

**本確認用紙は、(公財)全日本空手道連盟のプライバシーポリシーに則り、目的外の使用を一切行わず、一ヶ月経過後に責任を持って破棄いたします。**