

## (一社) 東京都空手道連盟

### 第48回全日本空手道選手権大会代表選手選考会について

平素より本連盟にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度の新型コロナウイルス感染拡大の影響により、強化活動がままならない中ではございますが表題の通り選考会を行うこととなりましたので、お知らせいたします。

先にお知らせをしておりました通り強化選手及び強化選手候補の中から、選考会を実施し代表選手を決定いたします。日程の関係で2日に分けての開催となります。お間違いの無いよう、周知をお願いいたします。また、今年度の全日本大会はニューメンホー着用になるとのことですので、選考会においてもニューメンホー着用による選考となりますことを合わせてお知らせいたします。

#### 1. 高校生

選考日時：令和2年10月4日(日)

男子 10:00開始(9:30受付) 女子 14:00開始(13:30受付)

場 所：日本空手道会館 4F 大道場

参加資格：令和2年度強化選手及び強化選手候補、都空連会員、全空連会員、全空連公認段取得者

持 ち 物：保険証、ニューメンホー、拳サポーター、セーフティカップ、ボディプロテクター（WKF又は全空連検定のもの）、インステップガード・シンガード(WKF又は全空連検定の赤色・青色のもの)、チェストガード(女子選手のみ)

**注：防具類の貸し借りは厳禁とします。必ず自身のもを使用してください。**

◇上位2名を選考後、10月25日(日)成年代表選手との統合による選考会を行います。

#### 2. 成年及び高校生代表各2名

選考日時：令和2年10月25日(日)

男子 10:00開始(9:30受付) 女子 13:00開始(12:30受付)

場 所：日本空手道会館 4F 大道場

参加資格：令和2年度強化選手及び強化選手候補、都空連会員、全空連会員、全空連公認段取得者

持 ち 物：保険証、全空連会員証写しまたはマイページの写し※1、顔写真(縦4.5cm 横3.5cm)

ニューメンホー、拳サポーター、セーフティカップ、ボディプロテクター（WKF又は全空連検定のもの）、インステップガード・シンガード(WKF又は全空連検定の赤色・青色のもの)、チェストガード(女子選手のみ)

**注：防具類の貸し借りは厳禁とします。必ず自身のもを使用してください。**

※1「JKF 会員マイページ」で公認段位及び取得年月日が確認できない場合は、段位免状または全空連段位申請者名簿の写しを提出すること。段位免状および段位申請者名簿写しは、A4 または A3 二つ折で提出をお願いします。

## ◆申込方法について

特に申込の手続きは必要ありません。令和2年度強化選手及び強化選手候補全員が対象です。  
該当する選考日に来場し、受付と同時に申込完了とします。当日来場しなかった選手は、選考会を受ける意思がなかったことといたします。

## ◆新型コロナウイルス感染症対策について

(公財)日本スポーツ協会、(公財)全日本空手道連盟ガイドラインに沿って実施いたします。また、選手におかれましては添付の「健康チェックシート及び同意書」を選考会2週間前より実施し、選考会当日にご提出くださいますようお願いいたします。

### － 連絡先 －

(一社)東京都空手道連盟 選手強化委員会

事務局 安藤 佳代子

携帯：090-6184-5767

メール：[tokyokarate.kyouka@gmail.com](mailto:tokyokarate.kyouka@gmail.com)

# (一社)東京都空手道連盟 第48回全日本選手権大会代表選手選考会 健康チェックシート及び参加同意書

## ◆使用目的

本用紙は、選考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、当日の状況確認や事後処理のため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)日本スポーツ協会、(公財)全日本空手道連盟ガイドラインに沿って行っております。本用紙は、目的外での使用は一切行わず、1ヶ月経過後に破棄いたします。

## ◆選考会2週間前より検温を行い記入をお願いします。選考会当日、必ず提出をしてください。

平 熱		. °C					
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C

## ◇選考会当日

本日の体温 . °C

選考会前2週間における以下の事項の有無(該当するものに✓をしてください。)

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. 平熱を超える発熱  | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 2. 咳・喉の痛みなど風の症状  | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 3. だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)   | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 4. 嗅覚や味覚の異常  | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 5. 体が重く感じる、疲れやすい等  | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 6. 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者の有無                                 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 7. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合                                      | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 8. 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場合 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

氏 名

(西暦) 年 月 日 歳  
生年月日

住 所 〒 —

電話番号

(高校生のみ)

保護者氏名