

申込方法	デジエントリー (PC・携帯・オペレーター)	○	事務局窓口	○
行事番号	1900496		—	

第40回東京都フリースタイルスキー選手権大会 第二戦
(SAJ A級公認競技会・FISレース)

主催	(一財)東京都スキー連盟
主管	(一財)東京都スキー連盟
公認	国際スキー連盟、(公財)全日本スキー連盟
協力	福島県スキー連盟 裏磐梯グランデコ東急ホテル グランデコスノーリゾート
期日	2021年 4月3日(土)～ 4月4日(日)
会場	福島県 グランデコスノーリゾート
本部	グランデコスノーリゾート スキーセンター西ウイング2F雪花 〒969-2701福島県耶麻郡北塩原村松原荒砂沢山1082-93
日程	2021年 4月3日(土) 受付 福島大会終了後 公式トレーニング チームキャプテンズミーティング 4月4日(日) 公式トレーニング 競技 終了後 表彰式・閉会式 ※ふくしま大会のFISレースと連戦で参加する選手は、ふくしま大会の受付と同時に受付を行う。 ※時程などについては、現地アナウンスおよび公式掲示(グランデコスノーリゾート スキーセンター西ウイング2F雪花入口付近)を確認のこと。
競技方法 組別	FIS競技規則に順ずる。
参加資格	(1) SAJ公認競技会参加規則 競技会参加規則について A級公認競技会参加資格による。 なお、今競技会はFISレースを兼ねているため、申し込み時点で、FIS競技者登録をしている選手(申請中は不可)はFISポイントの取得ができます。FIS競技者登録をしていない選手は、SAJ A級公認競技会のみへ参加となり、FISポイントの取得はできませんのでご注意ください。 (2) 18歳未満の者は申込書に親権者の承諾を記入のこと。 (3) 「東京都主催全日本公認競技会(モーグル種目)の参加について」のページを参照すること。 (4) FISレース出場資格については、SAJ規則による。 (5) スポーツ傷害保険またはこれに準ずる傷害保険に加入していること。
参加人員	150名
申込方法	【窓口での場合】 期間:2021年 3月 3日(水)～ 3月24日(水)の午後3時まで 様式:「競-F1」または「SAJ-2」 (規定の申込書以外、記載不備、印鑑もれの場合、受け付けない) 場所:(一財)東京都スキー連盟事務局 〒102-0093 東京都千代田区平河町1-4-15 平河町小池ビル2F TEL:03-3262-2491 FAX:03-3264-6540 (休業日:日、月、祝祭日、月曜日が祝祭日の翌日。現金取り扱い10時～15時。) 【デジエントリーでの場合】 期間:2020年11月 6日(金)～2020年 3月17日(水) ※インターネット(パソコン・携帯)でお申込みの方は、 https://dgent.jp/sat/ へアクセスしてください。オペレーター(土・日・祝日不可)でお申込の方は、「0466-52-5448」へ掛けてください。 【現地での場合】 現地受付は行いません。 窓口あるいはデジエントリーにて申込みを行ってください。
参加料	9,000円 ※納入された参加料は返却しませんので、参加資格、申込期間、定員など十分確認の上、申込んでください(他連盟も同様)。
表彰	SAJ A級公認競技会として6位まで賞状授与。
宿泊申込	宿泊は各自手配のこと。

備考	<p>(1) 大会要項の内容について変更等が生じた場合はホームページ内に記載するので、申込前に必ず確認してください。</p> <p>(2) 参加申込をした選手は、本人または代理人が必ず現地での受付を行うこと。受付をしないと競技会参加資格を失います。</p> <p>(3) チームキャプテンズミーティングにはチームキャプテンが出席すること(チームキャプテンが出席しない場合、そのチームは参加資格を失うことがあります)。</p> <p>(4) 競技会に参加する選手は、公式トレーニングに参加することが義務づけられており、その際、必ずビブを着用すること。</p> <p>(5) この競技会の成績により、SAJポイントが与えられます。</p> <p>(6) この競技会の成績により、FISポイント取得対象者にはFISポイントが与えられます。</p> <p>(7) 申込書には、チームキャプテンの緊急連絡先(電話番号及びメールアドレス)を記入のこと。</p> <p>(8) 行事中の事故や傷害等についてパトロール等の応急対応はしますが、それ以降の責任は負いません。</p> <p>(9) スポーツ傷害保険またはこれに準ずる傷害保険に加入していること。</p>
新型コロナウイルス感染予防対策	<p>(1) 2021フリースタイルスキーふくしま大会#2、東京都フリースタイルスキー選手権大会 両試合とも参加する選手は、競技会直近2週間(3/20～4/2)の健康状態を記録し福島県大会受付時に提出すること。 (福島県大会要項「健康チェックシート、競技会までの記録」を使用)</p> <p>(2) 東京都フリースタイルスキー選手権大会のみ参加の選手およびコーチは、競技会直近2週間(3/20～4/2)の健康状態を記録し東京都大会受付時に提出すること。 (添付の「健康チェックシート、競技会までの記録」を使用)</p> <p>(3) 選手およびコーチは競技会期間中の健康状態を毎日提出すること。 (添付の「健康チェックシート、当日の記録」を使用)</p> <p>(4) 競技会2週間前から競技会当日までに以下事項に該当する場合は競技参加を見合わせてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 37.5℃以上の発熱 ② せき、喉の痛みなど風の症状がある。 ③ だるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある。 ④ 嗅覚や味覚に異常がある。 ⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等の症状 ⑥ 新型コロナウイルス感染者と濃厚接触がある。 ⑦ 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルス感染が疑われる方がいる。 ⑧ 参加14日前まで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、地域等への渡航歴がある、または当該在住者との濃厚接触歴がある。 <p>(5) チームキャプテンズミーティングはzoomを使用したオンライン会議で行う可能性があります。</p> <p>(6) 競技およびトレーニング中を除き、選手ならびに関係者はマスクを着用すること。</p> <p>(7) 新型コロナウイルス感染予防対策の変更、更新については、東京都スキー連盟ホームページ内に掲載するので都度確認してください。</p> <p>(8) 競技会期間中の大会情報はオンライン掲示板に掲載する予定です。</p>

🏆 競技会までの記録

* 参加する2週間前より記録を付け来場時に提出をする

氏名	SAJ会員NO	加盟団体
	SAJ競技者NO	チーム名

日付	月	日	月	日	月	日	月	日
体温	°C		°C		°C		°C	
咳	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
喉の痛み	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
鼻水	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
頭痛	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
下痢・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
味・匂いの異常	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
家族に体調不良	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
海外渡航	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
濃厚接触の可能性	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし

日付	月	日	月	日	月	日	月	日
体温	°C		°C		°C		°C	
咳	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
喉の痛み	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
鼻水	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
頭痛	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
下痢・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
味・匂いの異常	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
家族に体調不良	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
海外渡航	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
濃厚接触の可能性	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし

🏆 当日の記録

* 競技期間中は毎日提出をする 体調が優れない場合は来場を見合わせる

切り取り線

提出日	年	月	日	曜日	SAJ会員NO	加盟団体
氏名					SAJ競技者NO	チーム名
体温	°C	検温時間	時	分	体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調
不調の症状 *ある場合のみ チェック	咳 <input type="checkbox"/>	喉の痛み <input type="checkbox"/>	鼻水 <input type="checkbox"/>	頭痛 <input type="checkbox"/>	下痢 <input type="checkbox"/>	吐き気嘔吐 <input type="checkbox"/>
	味 匂いの異状 <input type="checkbox"/>					

切り取り線

提出日	年	月	日	曜日	SAJ会員NO	加盟団体
氏名					SAJ競技者NO	チーム名
体温	°C	検温時間	時	分	体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調
不調の症状 *ある場合のみ チェック	咳 <input type="checkbox"/>	喉の痛み <input type="checkbox"/>	鼻水 <input type="checkbox"/>	頭痛 <input type="checkbox"/>	下痢 <input type="checkbox"/>	吐き気嘔吐 <input type="checkbox"/>
	味 匂いの異状 <input type="checkbox"/>					

切り取り線

提出日	年	月	日	曜日	SAJ会員NO	加盟団体
氏名					SAJ競技者NO	チーム名
体温	°C	検温時間	時	分	体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調
不調の症状 *ある場合のみ チェック	咳 <input type="checkbox"/>	喉の痛み <input type="checkbox"/>	鼻水 <input type="checkbox"/>	頭痛 <input type="checkbox"/>	下痢 <input type="checkbox"/>	吐き気嘔吐 <input type="checkbox"/>
	味 匂いの異状 <input type="checkbox"/>					