

平成27年度 冬山遭難防止研修・講習会 実施要項

関係各位

平成27年8月吉日
埼玉県山岳連盟
遭難対策委員会

梅雨も終わり真夏の暑さ感じる季節となっております。皆さま夏山に備え忙しい日々をお過ごしのことと存知上げます。

さて、お知らせの時期が少し早いのですが、今年も「冬山遭難防止研修・講習会」を下記のとおり開催致します。会場の都合により、昨年より半月遅めの開催となります。

貴山岳会におかれましては会員にご連絡していただき、お誘いあわせのうえ、多数のご参加をお願い致したく連絡致します。

記

1. 要旨

冬山シーズンを前に埼玉県山岳連盟加盟団体及び関係諸団体の救急講習会及び遭難防止講習、並びに講演会を行い遭難防止を図る。

2. 期日

平成27年12月12日(土) 9:00～17:00

平成27年12月13日(日) 9:00～16:00

3. 会場(予定)

12月12日(土) 埼玉県立スポーツ総合センター AM 体育実習室
PM 体育実習室

12月13日(日) 埼玉県立スポーツ総合センター AM 301・302研修室
PM 体育実習室

埼玉県上尾市東町3-1679

Tel:048-774-5551 Fax:048-774-5550

4. 参加費

講習会参加	1日間参加 1,500円	2日参加 2,000円
研修参加(指導員資格者のみ)	1日間参加 800円	2日参加 1,000円
一般参加(県岳連会員以外の方)	1日間参加 2,000円	2日参加 2,500円

※参加費は、会場費及び機材費にあてます。

5. 内容

1) 平成27年12月12日(土) 9:00～17:00

I 救急医療講習「山岳における救急医療」 講師: 恵 秀彦 氏

※主催者側で班分けをして行います。

2) 平成27年12月13日(日)

II 埼玉県警山岳救助隊講演会 9:00～11:00

「秩父管内における山岳事故状況(仮名)」

III 搬送事前講習 11:00～12:00

- iv 緊急搬送技術講習会 13:00~17:00
縦走路等での負傷者搬送等

6. 参加者資格

埼玉県山岳連盟加盟者及び一般登山者で遭難防止に関心のある方

7. 参加連絡

同封の参加申込書をファックスにて申し込みください。

Fax 03-3706-4375

問い合わせは 090-6049-5842 瀬藤 までお願い致します。

8. 参加申込み締め切り 平成 27 年 12 月 5 日

9. スケジュール (一部変更する場合があります)

12月12日(土)		12月13日(日)	
午前 体育実習室	午後 体育実習室	午前 301・302 研修室	午後 体育実習室
救急医療講習 全体講義	クラス別講習 班分けを行います 参加者選抜で 総合シュミレーション	埼玉県警 山岳救助隊講演会	クラス別講習 1班 主に縦走の方 2班 主にクライミングの方

10. その他

スポーツ総合センターで昼食がとれます。

昼食 750円 (要予約 10時前までに予約すればOKで、予約しない場合はとれない可能性があります)

12日(土) 宿泊の予約を入れてあります。遠方の御方は御連絡ください。(要予約)

体育実習室には机や椅子等はありませんので座る場合はマット等自参願います。

11. 用意する物

	12月12日(土)		12月13日(日)	
	午前	午後	午前	午後
筆記用具	◎	◎	◎	◎
三角巾	◎	◎		◎
テーピングテープ(3.5mm)2本程度	◎	◎		◎
包帯 2本程度	◎	◎		◎
ナイフ(はさみ)	◎	◎		◎
ザック 20ℓ以上 50ℓがベター	◎	◎		◎
雨具	◎	◎		◎
細引き	◎	◎		◎
新聞紙 1紙程度	◎	◎		
週刊誌	○	○		
コンビニ袋(2枚程度)	◎	◎		◎
ストッキング(1本程度)	○	○		
ストック	○	○		○
タオル	◎	◎		◎
マット類	◎	◎		◎
ツェルト	○	○		○
ザイル(使い古しでOK)		○		○
シュリング 120cm、150cm 数本		○		○
スリング 120cm、150cm 数本		○		○
カラビナ 3~10枚		○		○
ハーネス				
汚れても良い上下(カト不可)	◎	◎		◎
その他 普段山へ持っていく物		○		○
これは便利と思われるもの	○	○		○
体育実習室には机や椅子等はありませんので座る場合はマット等自参願います。				

◎：必携 持参ください

(注 特に 三角巾、包帯、テーピングテープは必ずご持参ください。

忘れた場合の貸し出しは行いません)

○：お持ちの方は持参してください。新規に買う必要はありません。

※講習内容により使用しない物もあります。

平成27年度 冬山遭難防止研修・講習会 申込書

団体名 _____

連絡責任者氏名 _____ 連絡先 _____

氏 名	12月12日		12月13日	
	I 一般医療 応急手当	II 一般医療 シミュレーション	講演会	搬送講習会
参加者小計				

※参加該当の場所に○を記入してください。

FAX 03-3706-4375