

参加者確認票(兼 健康チェックシート) 選手・監督・審判員・保護者・観覧者・役員  
(該当するものに○を付けてください)

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_ RH ( ) \_\_\_\_\_ 型 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 連絡先 TEL \_\_\_\_\_

既往症 なし・あり ( \_\_\_\_\_ ) 緊急連絡先 TEL \_\_\_\_\_

大会時の緊急事態に備え連絡の取れる方の連絡先

個人情報取り扱いについて・・・記入された個人情報は本連盟が責任をもって管理し、大会時における緊急時の対応に使用される場合があります

項目	9月27日	9月28日	9月29日	9月30日	10月1日	10月2日	10月3日	10月4日	10月5日	10月6日	10月7日	10月8日	10月9日	10月10日
1、検温 (平熱 °C)														
2、体がだるくない														
3、息苦しさがない														
4、のどの痛み・せき・たんがない														
5、鼻水・鼻づまりがない														
6、頭痛・腹痛がない														
7、におい・味を感じる														
8、同居家族に上記1～7いずれの症状もみられない														
9、政府から入国制限等を受けている国地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がない														
10、感染が疑われる知人との接触がない														
11、県外への往来・滞在の有無 有の場合:都道府県名記入	有・無													

〈記入上 注意点〉 ◎1は体温を記入 ◎2～10は○・× 記入 ◎11はどちらかを○で囲む

※上記の他、以下の事項に同意します。各事項に同意する場合は、○を付ける

大会終了後、2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は速やかに主催者に連絡します	
報告にあたっては保健所に対し参加確認票に記入の個人情報を提供することに同意します	
大会ガイドラインに記載の事項について遵守いたします	

この確認票は、当日受付に必ず提出ください  
確認票がない場合の参加、入館は認めません