

大会当日受付にて提出

【 選手・スタッフ 健康チェック表 】

ゼッケンナンバー

氏名

日 付	9月9日	9月10日	9月11日
	2日前	1日前	当日
体温	℃	℃	℃
大会参加における以下の事項の有無			
平熱を超える発熱 (おおむね37度5分以上)	<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
咳・のどの痛みなど風邪の症状	<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
だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	<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
嗅覚や味覚の異常	<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
体が重く感じる、疲れやすい等	<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
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触の有無	<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
感染が疑われる同居家族や身近な知人の有無	<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
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	<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
保護者確認サイン			
主催者確認サイン			

☆健康チェック表は、コロナ禍対応のため一定期間保管し、その後廃棄処分します。

【 誓約書 】

私は、心疾患・疾病等なく健康に留意し、十分なトレーニングをして大会に臨みます。

疾病・事故・紛失等に対し、事故の責任において大会に参加します。

私は、大会開催中の事故・傷病への補償は大会側が加入した保険の範囲内であることを了承します。

2022年9月11日

ご署名
