

連盟記載用（記載しないでください）

カテゴリ：

No.

大会当日の選手出欠受付も兼ねています。必ず記入の上、受付時に提出してください。

年 月 日
渋谷区卓球連盟

連絡先および健康状態申告のお願い

新型コロナウイルスの流行予防のため、大会参加にあたって会場に来られる選手・役職者・関係者の皆様におかれましては、以下の情報提供をお願いいたします。

なお、提出された個人情報の取扱いには十分配慮いたします。

応援のみでのご来場は、原則として見合わせていただきたくお願い申し上げます。

氏名(ふりがな)		男・女	年齢	歳
所属(チーム名)	(中学生は学校名・学年を記載)			
大会日付	年 月 日			
住所	〒			
電話番号	(日中連絡がとれる番号)			
大会当日の体温 (37.5℃以上の方は出場不可)	()℃			
大会前日から10日間以内 における以下の事項の有無 * 一項目でも「あり」の場合は、自主的に参加を見合わせる事				
平熱を超える発熱(おおむね 37.5℃以上)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
風邪の症状(咳、のどの痛みなど)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
倦怠感(だるさ・体が重い・疲れやすいなど)、呼吸困難(息苦しさなど)	<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
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の有無	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
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
ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入 年 月 日	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし

※試合当日の注意については、別紙の「参加者全員への注意事項」を必ずお読みください。