

新型コロナウイルス感染症 についての確認書

選手および大会関係者は、当日受付窓口にご提出ください。

* 提出日 20 年 月 日

* 大会名

* 氏名

* 所属クラブ

* 携帯番号

* 大会当日朝の体温 °C



* 大会前2週間における下記の事項の有無（どちらかに○を付けて下さい）

1) 平熱を超える発熱	有	無
2) 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	有	無
3) だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさなどの症状	有	無
4) 嗅覚や味覚の異常などの症状	有	無
5) 体が重く感じる、疲れやすい等の症状	有	無
6) 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	有	無
7) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	有	無
8) 過去14日以内に政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	有	無

※ 新型コロナウイルス感染症拡大を防止し、皆様の安全を確保する為、
上記に該当する方は参加の見合わせをお願いいたします。

新型コロナワクチン接種による発熱

新型コロナワクチンを接種し、大会参加前14日の期間に37.5°C以上の発熱をした方は接種日をご記入下さい。大会当日の朝までに発熱症状や体調不良の症状が無ければ参加を認めます。

回目： 月 日 回目： 月 日

個人情報は、新型コロナウイルス感染拡大防止以外の目的には使用いたしません。
本紙は2週間経過後に焼却廃棄いたします。