

鹿児島県テニス協会 健康チェックシート (受付提出用) 【選手用】

本部保管

★大会参加には原則この用紙の提出が必要です。記入後本部へ提出。

年 月 日

*参加種目 (いずれかを○で囲んで下さい)

男子	女子
----	----

当日朝の体温 °C

*参加クラス (いずれかを○で囲んで下さい)

U10	U12	U14	U16	U18
-----	-----	-----	-----	-----

シングルス	ダブルス
-------	------

小学4年生以下	中学生
小学生	高校生

*ドロ-表のNo

氏名

電話番号(保護者)

私は、本大会に参加するにあたって、コロナウイルス感染症疑いのある下記内容には該当しないことを申告します。

- ① 大会当日の体温が高い、または1週間前までに発熱などの感染症状がある方。
- ② 過去7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がある方。
- ③ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる、あるいは7日以内に感染者との接触や濃厚接触者と特定された方。
- ④ その他新型コロナウイルス感染が疑われる症状がある方。

※ 選手は1人 1枚提出(大会出場日毎) 必ず切り取って提出をお願いします。

キ リ ト リ セ ン

鹿児島県テニス協会 健康チェックシート (受付提出用) 【保護者、応援者用】

本部保管

★入場には原則この用紙の提出が必要です。記入後本部へ提出。

年 月 日

大会名	"2023MUGF大会"鹿児島県予選大会
-----	----------------------

【注意事項】

- ① 感染者が発生した場合は、関係機関に名簿を提出することを承諾する。
- ② 他の参加者への安全確保のために虚偽の報告は行わないこと。
- ③ この個人情報は大会における感染対策に関するこのみに使用し、協会が責任をもって管理する。
- ④ この個人情報は大会2か月後に協会が責任をもって処分する。
- ⑤ 本紙に記載された方は個人情報の取扱いに承諾したとみなす。

当日朝の体温 °C

観戦する方の氏名	住所(市町村のみ)	連絡先(携帯)	応援する選手の氏名

私は、本大会に参加するにあたって、コロナウイルス感染症疑いのある下記内容には該当しないことを申告します。

発熱	風邪症状の有無	だるさ	嗅覚・味覚	過去1週間	過去1週間以内に感染者、感染が疑われる人との濃厚接触
	(咳・鼻水・のど痛)	息苦しさの有無	異常の有無	県外での滞在	
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

※ 切り取って提出お願いいたします(兄弟姉妹が同じ日に出場するときは同じ用紙に記入されても構いません)。