

(大会名：第6回東北ソフトテニスシングルス選手権大会)

参加に関する健康状態確認書（選手用）

令和 年 月 日

宮城県ソフトテニス連盟 会長 殿

団体名 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

保護者 \_\_\_\_\_ ㊟ \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

大会当日の体温 \_\_\_\_\_ °C

下記の健康状態について、該当する事項はありませんので、大会主催者の指示に従い大会に参加いたします。

（※下記の事項に該当する場合は、大会参加を見合わせること。）

記

○大会前2週間における健康状態について

（健康状態の有無について、該当する方に☑をお願いします。）

- |  | 有                        | 無                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ア) 平熱を超える発熱  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ) 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ウ) だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| エ) 嗅覚や味覚の異常  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| オ) 体が重く感じる、疲れやすい等  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| カ) 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触の有無                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| キ) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ク) 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がある場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※ 御記入いただいた個人情報については、万が一感染が発生した場合以外に使用することはありません。

(大会名：第6回東北ソフトテニスシングルス選手権大会)

参加に関する健康状態確認書（選手以外の参加者用）

令和 年 月 日

宮城県ソフトテニス連盟 会長 殿

団体名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 年 齡 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

大会当日の体温 \_\_\_\_\_ °C

下記の健康状態について、該当する事項はありませんので、大会主催者の指示に従い大会に参加いたします。

（※下記の事項に該当する場合は、大会参加を見合わせること。）

記

○大会前2週間における健康状態について

（健康状態の有無について、該当する方に☑をお願いします。）

- |  | 有                        | 無                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ア) 平熱を超える発熱  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ) 咳（せき），のどの痛みなど風邪の症状  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ウ) だるさ（倦怠（けんたい）感），息苦しさ（呼吸困難）                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| エ) 嗅覚や味覚の異常  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| オ) 体が重く感じる，疲れやすい等  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| カ) 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触の有無                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| キ) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ク) 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がある場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※ 御記入いただいた個人情報については、万が一感染が発生した場合以外に使用することはありません。