

連絡先および健康状態申告のお願い

福島県テニス協会

新型コロナウイルスの感染予防のため本大会参加にあたって以下の情報提供をお願い致します。ご記入の上、大会当日持参し受付にご提出下さい。提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

選手・コーチ・保護者・その他() (いずれかに○)		
大会名 第49回福島県ダブルステニス選手権大会(一般の部) 提出日12月11日		
氏名:		
所属名:(保護者の場合は参加選手名)		
本大会前に連絡先等が登録されていれば、以下の年齢、住所、連絡先は記入不要		
年齢:		
住所:		
連絡先(電話番号):		
大会当日の体温	()℃	
大会前2週間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
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<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
嗅覚や味覚の異常	<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
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
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

大会参加者が未成年の場合 保護者確認欄

保護者氏名

電話番号

E-mail

@

確認日 西暦 2022年 12月11日