

大会参加に当たっての確認事項

フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日
選手氏名		性別	男 ・ 女
保護者氏名			
住 所	〒		
連 絡 先			
本日の体温	度		
以下の項目に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。			
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	平熱を超える発熱がある（37.5 度以上）		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	咳（せき）、のどの痛みなどの風邪の症状		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	嗅覚や味覚の異常		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	体が重く感じる、疲れやすい等		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触の有無		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	過去 14 日以内に入国制限、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 又は国の緊急事態宣言が発せられている地域への訪問がある方		