

参加者確認票（選手及び保護者）

※ 以下を自宅で記入・検温し参加当日、受付まで提出ください。クラブ関係者は別紙確認票に記入願います

1. 参加日	2023年 月 日		
2. 大会名	(2023年度) 全国選抜ジュニアテニス選手権大会 神奈川県予選大会		
会場	・ 神奈川県立スポーツセンター ・ 小田原テニスガーデン ・ その他 () *いずれかに○を入れて下さい。		
3. 選手氏名	年齢	才	4. 体温 °C
保護者 1	年代	代	体温 °C
保護者 2	年代	代	体温 °C
住所			
電話番号			

5. 1週間前から参加当日までの間に以下の有無をチェック(✓)してください。

ひとつでも「有」がある方は、参加を見合わせていただきますようお願いいたします。

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 平熱を超える発熱 |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状 |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 嗅覚や味覚の異常 |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 体が重く感じる、疲れやすい等 |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 新型コロナウイルス感染症陽性とされたものとの濃厚接触がある |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 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発表されている国・地域等への渡航、又は当該在住者との濃厚接触がある |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | その他気になる症状がある場合は具体的にお書きください |

個人情報、新型コロナウイルスの感染拡大防止以外の目的には使用いたしません。

本紙は1か月経過後に焼却廃棄いたします。

神奈川県テニス協会

080-7793-8317