

令和 年 月 日

参加者健康確認書

氏名 _____

年齢 _____ 歳 性別 _____ 男 ・ 女

住所 〒 _____ 都・道・府・県

電話番号 _____ () _____ e-mail _____ @ _____

体温（当日朝） _____ 度

過去2週間の健康状態について、有・無のいずれかをチェックしてください。

- 有 無 平熱を超える発熱（おおむね37.5度以上）
- 有 無 乾いた咳（せき）
- 有 無 突然の嘔吐および/または下痢
- 有 無 突然の関節痛および/または筋肉痛
- 有 無 のどの痛みなど風邪の症状
- 有 無 だるさ（倦怠（けんたい）感
- 有 無 息苦しさ（呼吸困難）
- 有 無 嗅覚や味覚の異常
- 有 無 体が重く感じる、疲れやすい等
- 有 無 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
- 有 無 同居家族や身近な知人の感染が疑い
- 有 無 政府から入国制限を受けている国、地域から帰国またはは当帰国者との濃厚接触

上記の通り相違ありません。また下記を誓約します。

- ・新型コロナウイルス感染症防止のため、大会主催者が実施する措置、その他指示に従います。
- ・本日の大会終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、大会主催者に直ちに報告します。
- ・新型コロナウイルスワクチンを2回接種して2週間以上経過しているもしくは本日から3日以内に実施したPCR検査・抗原検査等の陰性を確認しています。

署名（本人）

保護者または指導者（本人が未成年の場合）
