

彩の国トライアスロン in 加須大会 SPECIALIZED RACE DAY 健康チェックシート・同意書

＜選手用＞

* 記入者情報

レース NO _____ 選手名 _____ 電話番号 _____

保護者 * 18 歳以下の場合のみご記載ください。

氏名 _____ 電話番号 _____

* 大会 2 週間前からの体温 未記載の場合は大会に出場できません

	5月23日	5月24日	5月25日	5月26日	5月27日	5月28日	5月29日	5月30日	5月31日	6月1日	6月2日	6月3日	6月4日	6月5日
体温														

期間中 37.5 度以上の発熱がある場合は必ず医療機関を受診してください。また大会当日 37.5 度以上の発熱がある場合は大会出場をお断りする場合がございます。

* 大会前 2 週間における健康状態 各項目ご確認の上、☑欄に✓をご記入ください。

	☑欄
平熱を超える発熱がない	<input type="checkbox"/>
咳、のどの痛みなど風邪の症状がない	<input type="checkbox"/>
だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)などの症状がない	<input type="checkbox"/>
味覚や嗅覚の異常がない	<input type="checkbox"/>
身体が重く感じる、疲れやすいなどの症状がない	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性と判断された方との濃厚接触がない	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	<input type="checkbox"/>
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ない	<input type="checkbox"/>

* 感染予防対策に対する同意 各項目ご確認の上、☑欄に✓をご記入ください。

	☑欄
大会中は大会側の定める新型コロナウイルス感染予防対策に従います。	<input type="checkbox"/>
イベント参加後、2 週間以内に新型コロナウイルス感染症の疑いの発熱、発症、濃厚接触者として行政指導により PCR 検査を受けた場合は、大会事務局へ連絡します。	<input type="checkbox"/>

* 競技説明会動画の中の合言葉

→ (_____)

ご記入ありがとうございました。大会でのご健闘を祈念しております！