

オーダー 表

関東 大会

女子	男子	18歳	30歳	40歳	50歳	60歳
ふりがな						協会名
チーム名						
ゼッケン	氏名					年齢
1 監督						
2 主将						
3						
4						
5						
6						
7						

オーダー 表

関東大会

女子	男子	18歳	30歳	40歳	50歳	60歳
ふりがな						協会名
チーム名						
ゼッケン	氏名					年齢
1 監督						
2 主将						
3						
4						
5						
6						
7						

《チーム用》 2023 第22回 ビーチボール関東大会 健康チェックシート

【大会当日、受付にご提出ください。】

本健康チェックシートは、関東ビーチボール協会が開催する大会において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止する為、参加者の健康状態を確認する事を目的としています。
 本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、当協会は、厳正なる管理のもとに保管し、大会運営関係者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な連絡の為にのみ利用します。
 また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供致しません。但し、大会会場にて感染患者またはその疑いのある方が発見された場合に、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

チーム名	
チーム代表者 氏名	
代表者 携帯番号	

健康チェック項目 (大会前7日間における健康状態について)

①	平熱を超える発熱(37.5℃以上)がない。
②	嗅覚や味覚の異常がない。
③	咳・のどの痛み等の風邪症状やだるさ・息苦しさ等がない。
④	体が重く感じる、疲れやすい等がない。
⑤	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がない。
⑥	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない。
⑦	過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない。

大会出場選手 健康チェック ※上記健康チェック項目参照。問題がない場合は○印を記入。

	氏名	携帯番号	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

※上記チェックシートへの未記入や×印があった場合、競技参加を見合わせていただく事があります。

【注意事項】

- ① 感染者が発生した場合は、関係機関に名簿を提出する事。
- ② 安全確保の為、虚偽の報告は行わない事。
- ③ 健康チェックシートに記載された方は、全員個人情報の取り扱いに承諾する事。

健康チェックシートの内容を理解し、全てに同意します。

2023年 月 日

チーム代表者名

《役員・専任用》 第22回 ビーチボール関東大会 健康チェックシート

【大会当日、受付にご提出ください。】

2023. 02. 26

本健康チェックシートは、関東ビーチボール協会が開催する大会において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止する為、参加者の健康状態を確認する事を目的としています。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、当協会は、厳正なる管理のもとに保管し、大会運営関係者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な連絡の為にのみ利用します。

また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供致しません。但し、大会会場にて感染患者またはその疑いのある方が発見された場合に、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

所属	
氏名	
携帯番号	

健康チェック項目 (大会前7日間における健康状態について)

①	平熱を超える発熱(37.5℃以上)がない。
②	嗅覚や味覚の異常がない。
③	咳・のどの痛み等の風邪症状やだるさ・息苦しさ等がない。
④	体が重く感じる、疲れやすい等がない。
⑤	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がない。
⑥	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない。
⑦	過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない。

健康チェック ※上記健康チェック項目参照。問題がない場合は○印を記入。

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

※上記チェックシートへの未記入や×印があった場合、参加を見合わせていただく事があります。

【注意事項】

- ① 感染者が発生した場合は、関係機関に名簿を提出する事。
- ② 安全確保の為、虚偽の報告は行わない事。
- ③ 健康チェックシートに記載された方は、全員個人情報の取り扱いに承諾する事。

健康チェックシートの内容を理解し、全てに同意します。

2023年 月 日 氏名
