

参加者確認表

以下を自宅で記入し、参加毎に受付まで提出してください。

1. 参加日 2022年 月 日
2. 参加種目 一般男子 一般女子 45歳以上男子 50歳以上女子
60歳以上男子 70歳以上男子
18歳以下男子 18歳以下女子
3. 会場 カントリー ローン 笛田
4. 氏名 _____ 年齢 _____
住所 _____
電話番号 _____
5. 参加当日の体温 _____ °C
6. 2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。
一つでも「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）、喉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 | 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予防以外の目的には使用致しません。
本紙は一ヶ月間経過後に廃棄いたします。

鎌倉宮カントリーテニスクラブ
問合せ先 TEL.0467-22-2732