

選手・関係者確認票

※新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、必ずすべての事項のご記入をお願いします。

※確認項目にチェックできない項目がある場合、入場制限させていただく場合がございます。

期 日	令和 年 月 日 ()	所 属	
氏 名		年 齢	歳
連絡先	(携帯番号または自宅電話番号)		

当日の体温	度
-------	---

【入館にあたっての確認項目】

下記項目について大会当日確認していただき、チェック欄(□)にチェック(✓)して係員に提出してください。

☐ 本日および過去7日間において、以下の事項に該当しない。

- ・体調が良くない。(例：発熱・咳・咽頭痛・倦怠感・息苦しさなどの症状がある。)
- ・嗅覚や味覚に異常がある。
- ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる。
- ・過去5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、地域等への渡航または該当在住者との濃厚接触がある。

☐ マスクを着用(持参)すること

☐ こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること

☐ 他の選手、大会スタッフ等との距離(できるだけ2m以上)を確保すること

☐ 感染防止のために主催者及び主管団体が決めたその他の措置の遵守、指示に従うこと

☐ 大会前後においても、三つの密を避けること

☐ 大会終了後7日間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、西東京剣道連盟に対して速やかに報告すること

個人情報の取り扱いについて

- (1) ご記入いただきました個人情報は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、関係者を把握することの目的のみで利用いたします。利用目的に同意の上ご記入ください。
- (2) ご記入いただきました個人情報は、本人の同意なしに第三者へ提供しません。
- (3) 本連盟が保有している個人情報の開示、訂正または削除、および利用停止の要求があった場合には、対応いたします。

<西東京剣道連盟>

〒190-0022 東京都立川市錦町1-8-14 鈴木ビル2F-201 TEL:042-540-0011 FAX:042-512-7330