

大会参加に関する確認書

宮城県ハンドボール協会 会長 殿

チーム名	学年	年

氏名	年齢	歳

保護者氏名（高校生以下記入）	印

住所

連絡先（電話番号）

下記の健康状態について、該当する事項はありませんので、大会主催者の指示に従い大会に参加致します。

記

大会前2週間における健康状態について

(健康状態の有無について該当する方に をお願いします)

	有	無
ア) 平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ) 咳、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ) だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エ) 味覚や嗅覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オ) 体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カ) 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
キ) 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"/>	<input type="checkbox"/>
ク) 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ある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 参加生徒全員（選手・マネージャー・控え選手）……大会初日、会場到着後すぐに大会本部へ提出して下さい。

※ ご記入いただいた個人情報については、万が一感染が発生した場合以外に使用することはありません。