

* 12,000円	合計	
* × (1) チーム		円

* 10,000円	合計	
* × (1) チーム		円

所属 クラブ	〒 ()	申し込み 責任者
住所		
電話番号	携帯電話 番号	

※新型コロナウイルス感染症予防の一環として函館アリーナ側より参加者名簿(住所・電話番号)の作成を求められています。差し支えない範囲で記入してください。
なお、本票は大会終了後に地区協会にて破棄処分します。

【1つのクラブから複数のチームが参加する場合はチームごとに1枚ずつ提出すること】

チーム名	氏名	年齢	生年月日	備考欄	〒	【住所】	【電話番号】	登録
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

- (1) 同じクラブから、複数の団体チームで出場する場合は、チーム名に (A)・(B) …の区分名をつけること。
- (2) 大会要項に則り、人数不足のためチーム編成できず、他のクラブから1名～2名加入させた場合は、備考欄にその選手名の本来の所属クラブ名を記すること。
- (3) 高卒後、函館地区以外の大学・専門学校に在籍している者は、学校名と日パの登録番号を備考欄に記入すること。

第36回 函館地区一般クラブ対抗バドミントン大会

新型コロナウイルス感染予防のためのチェックシート

日 時 2020年(令和2年) 12月20日(日)

氏 名 _____

年 齢 _____ 歳

住 所 _____

連絡先 _____

所属先 _____ (所属クラブ名)

本日の体温 °C

今日までの2週間で以下の点に該当した症状の番号○で囲んでください。

- ① 平熱を超える発熱
- ② せき、のど痛などの風邪症状
- ③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ
- ④ 臭覚や味覚の異常
- ⑤ 体が重く感じる、疲れやすい
- ⑥ 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
- ⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる。
- ⑧ 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、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触がある。