

第27回江村杯混合ダブルス個人戦		令和3年7月18日	
参加申込書		East Falcon	
所属クラブ(任意)		申込者名(必須)	
申込者連絡先	〒		
	メールアドレス(必須)		
			@
	自宅TEL(任意)	携帯(必須)	
	—	—	

フリガナは必ずお書き下さい

申込日 令和 3 年 月

フリガナ(必須) 氏名(必須)	年齢 (必須)	性別に○	所属クラブ(任意)	参加クラスに○	
		男・女		1部	2部
		男・女		3部	4部 (初心者)
		男・女		1部	2部
		男・女		3部	4部 (初心者)
		男・女		1部	2部
		男・女		3部	4部 (初心者)
		男・女		1部	2部
		男・女		3部	4部 (初心者)

※参加費は大会当日の受付時にお渡してください。

参加費 2,500円 × 人 = 円

18歳以下の参加者は以下に保護者の同意が必要です。

住所 緊急連絡先 ()
参加者名 保護者名 (印)

住所 緊急連絡先 ()
参加者名 保護者名 (印)

第27回江村杯 混合ダブルス個人戦

【健康チェックシート】

チェックシートは大会開催にあたり新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の皆様の健康状態を確認することを目的としています。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なお連絡のためにのみ利用します。感染者又は感染の疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所等の関係機関に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

参加種目	混合ダブルス個人戦	試合番号														
所属連盟名		所属チーム名													大会日	2021年7月18日
氏名(ふりがな)		例)協会 太郎(きょうかい たろう)	〒		現住所						連絡先					
項目	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
体温		°C														
健康状態	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	咳(せき)が出る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	痰(たん)がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	頭が痛い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	だるさ(倦怠感)がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	味覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
	嗅覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
行動歴	新型コロナウイルスに感染(陽性)された方と濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	政府から入国制限、入国後の観察時期が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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	クラスターが発生している都道府県や該当地域に出張又は休暇等で訪れた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
	「はい」に該当する場合、訪れた都道府県名を記入してください。															

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 本票は一定期間(1ヶ月間)保管した後、破棄します。

※3 各項目に1つでも該当する場合は、自主的に参加を見合わせる。