

グラチャン・ウェイト制 付き添い(全ての入場者)用

※大会当日にご持参ください

ゼッケン番号	健康チェックシート
	<p>本健康チェックシートは、極真会館関西総本部が主催する「第26回オープントーナメントグランドチャンピオン決定戦 全日本少年少女空手道選手権大会」「第37回オープントーナメントウェイト制 全日本空手道選手権大会」に於いて、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止する為、参加者の健康状態を確認することを目的としています。</p> <p>本シートに記入頂いた個人情報について極真会館関西総本部は、厳正なる管理のもとに保管し、大会関係者の健康状態の把握・来場可否の判断及び必要な連絡の為にのみ利用します。</p> <p>また、個人情報保護法等の法令に於いて認められる場合をのぞく必要な範囲で保健所等に提供することがあります。</p>

- <<1>> 会場での検温で、37.5℃以上の発熱があった場合は会場入りをお断りします。
 <<2>> 大会当日までに新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCoA)のインストールを推奨します。

【基本情報】

フリガナ		所属流派 団体名	
氏名			
性別		携帯電話番号	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳) ※大会出場当日の年齢を記載してください	E-mail アドレス	
住所	〒		

大会前日から遡って14日以内〔(6月12日(土)～6月25日(金))〕の行動等について、下記の設問へご回答ください。

以下の何れかに該当する場合は、原則として大会への参加は許可しません。

▼該当項目に ○を付けてください。

発熱(37.5℃以上)したことがある。 ①発熱日: 月 日 ~ 月 日 _____℃ ②受診: ⑦受診した(受診日: _____、診断名: _____) ・ ④受診していない ↑⑦④の何れかに○を付けてください				
呼吸器症状(咳、痰、咽頭痛など)があった ①発症日: 月 日 ~ 月 日 〔症状: _____〕 ②受診: ⑦受診した(受診日: _____、診断名: _____) ・ ④受診していない ↑⑦④の何れかに○を付けてください				
味覚、臭覚異常の出現があった ①発症日: 月 日 ~ 月 日 〔症状: _____〕 ②受診: ⑦受診した(受診日: _____、診断名: _____) ・ ④受診していない ↑⑦④の何れかに○を付けてください				
COVID-19陽性者との濃厚接触(1m以内かつ15分以上接触)があった				
自宅隔離を要請されている同居人がいた				
人と密に会話するような飲食店・施設・場所に入ったこと、行ったことがある				
10人以上が参加する食事会や懇親会などに参加したことがある				
14日間以内に海外渡航した 渡航先: _____、帰国日: 月 日				
<p>上記をすべて確認し、該当項目はありませんでした。 ※記入内容に間違いがないか必ずご確認の上、下記にご署名願います※</p> <p style="text-align: center;">▼記入者の署名欄</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">記入日</td> <td>2021年 6月 日</td> </tr> <tr> <td>署名</td> <td></td> </tr> </table>	記入日	2021年 6月 日	署名	
記入日	2021年 6月 日			
署名				