

**大阪城杯 夏の陣大会 選手用**

※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開催する「大阪城杯 夏の陣大会」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。                  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。                  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(COCA)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	男・女	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	〒			
ワクチン接種	㊦あり(1回目接種日: 月 日 / 2回目接種日: 月 日) ・ ㊧なし ↑㊦㊧の何れかに○を付けてください			

大会前日から遡って14日以内の行動等について、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: ㊦受診した(受診日: 、診断名: ) ・ ㊧受診していない ↑㊦㊧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: ㊦受診した(受診日: 、診断名: ) ・ ㊧受診していない ↑㊦㊧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: ㊦受診した(受診日: 、診断名: ) ・ ㊧受診していない ↑㊦㊧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									
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※									
▼選手記入欄	▼保護者記入欄(選手が未成年の場合)								
<table border="1"> <tr> <td>記入日</td> <td>2021年 月 日</td> </tr> <tr> <td>署名</td> <td></td> </tr> </table>	記入日	2021年 月 日	署名		<table border="1"> <tr> <td>保護者署名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保護者電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	保護者署名		保護者電話番号	
記入日	2021年 月 日								
署名									
保護者署名									
保護者電話番号									

**抗原検査結果を貼付**

※検査キットの場合、検査結果の画像を  
 プリントアウトし貼り付けてください。  
 ※検査結果は、大会当日の72時間以内に  
 限ります。