

第23回 アーティスティックスイミング
シニアルーティン発表会

健康チェック表

(一社)神奈川県水泳連盟

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 所属名 | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------|--|------------|------------|--------------|--------------------------------------|
| フリガナ | | 性別 (年齢) | 男 女 () | 区分 (該当に○) | 1. 選手 2. コーチ 3. 競技役員 4. その他 |
| 氏名 | | | | | |

| | | | |
|------|--|---------|--|
| 携帯番号 | | メールアドレス | |
|------|--|---------|--|

| | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
|------|---|--|--|--|--|

| | | | | |
|-------|------|--|----|------|
| 緊急連絡先 | フリガナ | | 続柄 | 電話番号 |
| | 氏名 | | | |

| 日付 | 12月9日(金) | 12月10日(土) | 12月11日(日) |
|-------|----------|-----------|-----------|
| | 2日前 | 1日前 | 当日 |
| 起床時体温 | | | |
| 入場時対応 | | | |
| 体調 | | | |
| 主催者確認 | | | |

- 自宅住所は、ホテルに宿泊の場合でもご記入ください。
 - 緊急連絡先は、ご家族等、日中に連絡の取れる方の氏名・続柄・電話番号をご記入ください。
 - 参加期間中は2日前から当日まで、毎日起床時の体温をご記入ください。
 - 体調欄は、異常がなければ「良好」とご記入ください。体調不良の場合は、具体的な症状をご記入ください。
(例：咳 腹痛 頭痛 悪寒 嗅覚・味覚障害 等)
 - 健康チェック表は、**入場時に発表会担当者へご提出ください。**回収した健康チェック表は返却しませんので、記入内容は写真等で保管してください。
 - 発熱・体調不良等がある場合は、来場をお控えください。
 - 退場後2週間以内に、新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、大会中の濃厚接触者等の有無について、神奈川県水泳連盟に速やかに報告してください。
 - 健康チェック表は、コロナ禍対応のため一定期間保管し、その後廃棄処分します。
 - 健康チェック表記載の個人情報については、本連盟が厳正に管理し、健康状態の把握、入館可否の判断および必要な連絡のためのみ利用します。個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、ご本人の同意を得ずに第三者に提供しません。ただし、大会会場で感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合は、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。
- 個人情報の取得・利用・提供に同意する。同意の場合、右の□に「レ点」をご記入ください。