

# LEOVISTA CUP参加承諾書 兼 健康チェックシート

【提出対象者：選手，指導者，競技役員，チーム関係者，大会関係者】

本シートは，一般社団法人LEOVISTABASKETBALLCLUBが主催するLEOVISTACUPにおいて新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため，参加者の健康状態を確認することを第一の目的としています。  
 本シートに記入いただいた個人情報については，本事務局が適切に取り扱い，練習試合等参加者の健康状態の把握，来場可否の判断及び必要な連絡のためにのみ利用します。また，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，本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し，会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合には，必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

## ◎基本情報

【提出者の立場 … 選手 指導者 競技役員 チーム関係者 大会関係者】

◇会場 ( )	◇期日(R . 月 日)
氏名 年齢 ( )	所属 (チーム名，会社名等)
住所	電話番号 (参加者が未成年の場合，保護者の電話番号)

※ 大会当日の体温

度 分

## ◎大会前2週間における健康状態 ※該当するものに「」を記入してください。

ア	平熱を超える発熱がない。	<input type="checkbox"/>	オ	体が重く感じる，疲れやすい等がない。	<input type="checkbox"/>
イ	咳 (せき)，のどの痛みなどの風邪症状がない。	<input type="checkbox"/>	カ	嗅覚や味覚の異常がない。	<input type="checkbox"/>
ウ	だるさ (倦怠感)，息苦しさ (呼吸困難) がない。	<input type="checkbox"/>	キ	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない。	<input type="checkbox"/>
エ	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がない。	<input type="checkbox"/>	ク	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，地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない。	<input type="checkbox"/>

参加者が未成年の場合，保護者の確認ならびに参加承諾欄

参加者の健康状態を確認したうえで，大会への参加を承諾いたします。

保護者氏名

印