

東京都高体連定時制通信制部
バスケットボール専門部長殿

令和2年度東京都高等学校体育連盟主催事業における
参加同意書・健康管理チェックシート

令和2年東京都高体連定時制通信制部バスケットボール専門部主催の選抜チーム活動へ、諸規則を遵守して参加することについて同意し、以下の健康管理チェックシートを提出します。

本事業の諸規則等を遵守し、次の参加形態で参加することに同意いたします。

<参加形態>※いずれかを○で囲む

チームスタッフ (コーチ, アシスタントコーチ, 引率責任者 等) ・ 審判員 ・ 補助役員

令和2年 月 日

氏名

(自筆署名)

健康管理チェックシート 対象(指導者、大会役員等、関係者)				
年齢 ()	当日の体温(.)℃	学校名 (所属)		
住所		電話番号		
◎活動前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	平熱を著しく超える発熱がない。		オ	体が重く感じる, 疲れやすい等がない。
イ	咳(せき), のどの痛みなどの風邪症状がない。		カ	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。
ウ	だるさ(倦怠感), 息苦しさ(呼吸困難)がない。		キ	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない。
エ	嗅覚や味覚の異常がない。		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。

※本同意書・健康管理チェックシートは、各連盟が1月以上保管すること。

本健康チェックシートは、高等学校体育連盟が開催する大会等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目的としています。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報については、各連盟が、適切に取り扱い、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。