

受審者・関係者確認票

※新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、**太枠内すべての事項のご記入をお願いします。**

※確認項目にチェックできない項目がある場合、入場制限させていただく場合がございます。

期 日	令和 年 月 日 ()	所 属	
氏 名		年 齢	歳
連絡先	(携帯番号または自宅電話番号)		

当日の体温	度
-------	---

<p>【入館にあたっての確認項目】</p> <p>下記項目について審査日に確認していただき、チェック欄(□)にチェック(✓)して入口の係員に提出してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 本日および利用前2週間において、以下の事項に該当しない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体調がよくない場合 (例：発熱・咳・咽頭痛・倦怠感・息苦しさなどの症状がある場合) ・嗅覚や味覚に異常のある方 ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 ・過去14日間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または該当在住者との濃厚接触がある場合 <p><input type="checkbox"/> マスクを着用(持参)すること</p> <p><input type="checkbox"/> こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること</p> <p><input type="checkbox"/> 他の利用者、主催者スタッフ等との距離(できるだけ1m以上)を確保すること</p> <p><input type="checkbox"/> 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、指示に従うこと</p> <p><input type="checkbox"/> 審査前後においても、三つの密を避けること</p> <p><input type="checkbox"/> 審査終了後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、西東京剣道連盟に対して速やかに報告すること</p>

個人情報の取り扱いについて

- (1) ご記入いただきました個人情報は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、関係者を把握することの目的のみで利用いたします。利用目的に同意の上ご記入ください。
- (2) ご記入いただきました個人情報は、本人の同意なしに第三者へ提供しません。
- (3) 本連盟が保有している個人情報の開示、訂正または削除、および利用停止の要求があった場合には、対応いたします。

<西東京剣道連盟>

〒190-0022 東京都立川市錦町1-8-14 鈴木ビル2F-201 TEL:042-540-0011 FAX:042-512-7336