

年 月 日 記入

第94回インカレにおける参加同意書

第94回インカレへの参加にあたり、以下の内容及び健康管理表の記述に間違いのないことを確認し、定められたガイドラインを遵守することに同意します。

| | | | |
|----|---|------|--|
| 氏名 | ⑩ | 団体等名 | |
| 住所 | | 携帯電話 | |

対策責任者

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 氏名 | | 役職 | |
| 携帯電話 | | E-mail | |

大会前2週間における健康状態 ※該当するものに「✓」を記入

| | | | | | |
|---|------------------------|--|---|---|--|
| ア | 平熱を超える発熱がない | | オ | 体が重く閉じる、疲れやすい等がない | |
| イ | 咳（せき）、のどの痛みなど風邪症状がない | | カ | 新型コロナウイルス感染症陽性者と濃厚接触がない | |
| ウ | だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない | | キ | 同居家族や身近な者に感染が疑われる者がいない | |
| 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 | |

本同意書及び健康管理表は、第94回インカレ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事を目的としています。

本同意書及び健康管理表に記入いただいた個人情報等については、本連盟が適切に取り扱い、参加者の健康状態の把握、参加可否の判断のみに使用します。但し大会にて感染者患者またはその疑いのある者が発見された場合には、必要な範囲で保健所等へ提供することがあります。この時感染症の拡大防止のために当連盟が必要と判断した場合には感染者またはその疑いのある者の所属する団体等や同宿の団体等に対し大会への参加を見送るよう指示することがあります。

また感染経路確認への協力事項が発生した場合は、協力を同意したものとさせていただきます。