**第10回豊田通商カップ　第２回愛知県U15バスケットボール選手権大会2020**

**新型コロナウイルス感染拡大防止に向けた 体調確認シート 役員・審判用**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大会名 | : | **第10回豊田通商カップ****第２回愛知県U15バスケットボール選手権大会2020**10月31日(土)11月1日(日)・3日(火祝)・7日(土)・8日(日)・14日(土)・15日(日) |
| 参加日 | : | 2020年　　　　　月　　　　　日（　　　　　　） |
| 主催者名 | : | 一般財団法人愛知県バスケットボール協会 |
| 参加者氏名 | : | 漢字氏名：　　　　　　　　　　　　フリガナ： |
| 住所 | : |  |
| 緊急連絡先（携帯） | : |  |
| 参加当日の体温 | : |  |
| 備考 | : | 役員　　　　審判　　　（該当のどちらかに○をつけてください。） |

新型コロナウイルスの感染拡大防止に向けて、上記大会への参加にあたりガイドラインをご確認し、理解し、対策をとったうえで参加いたします。

ご記入いただく内容は、万が一感染が判明した場合に感染経路を特定するために使用するもので、それ以外の目的では使用しません。

**下記の１～４に該当しない場合は□にチェックを入れ、大会本部へ必ずご提出ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **大会日における以下の内容について、　該当事項はありません。** |

|  |
| --- |
| １．発熱、咳、のどの痛みなどの風邪症状がある**※大会2週間前～当日の朝まで自宅で検温を実施ずみである**２．だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がある３．においや味がいつもと違う等の嗅覚や味覚の異常がある４．過去２週間以内に感染が引き続き拡大している国・地域への訪問歴がある。 |

※２日間以上する参加する場合は、各参加日ごとに提出してください。

※大会中ならびに経過観察中（大会参加１週間後）に発熱症状などの感染が疑われる症状が確認された、又は、

陽性と判定を受けた場合は、至急下記まで必ずご連絡ください。

一般財団法人愛知県バスケットボール協会U15部会

大会実施委員会　事務局　伊藤　牧子　MAIL:　u15.aichijr@gmail.com