

## 連絡先および健康状態申告書（団体戦用）

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、今大会参加にあたって以下の情報提供をお願いいたします。**大会当日の出席も兼ねますので、出場チームごとにご記入の上必ずご提出ください。**大会当日、監督または代表者が取りまとめ記入し受付に提出してください。大会終了後7日間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、(一社)東京都卓球連盟事務局(03-5389-2965)まで速やかにご報告ください。尚、提出された個人情報の取り扱いには十分配慮し、大会後1か月間保管いたします。

### 監督・代表者記入欄

大会名：	チーム名：	
氏名：	当日の体温： 度	確認項目①～⑦： 該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
ご住所：	連絡先電話番号：	

### 選手記入欄（コーチ参加可の場合はコーチもこちらにご記入ください）

No.	氏名	チーム名（チームランクも） 例：東京クラブ(A)	電話番号	当日の体温	確認事項 ①～⑦
1				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
3				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
4				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
5				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
6				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
7				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
8				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
9				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
10				度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

### 帯同者記入欄（許可されている大会のみ）

No.	氏名	電話番号	当日の体温	確認項目 ①～⑦
1			度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2			度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
3			度	該当あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

### 参加者全員の確認事項

大会前日から7日間以内における以下の事項の有無	
①	平熱を超える発熱（おおむね37.5度以上） ※ワクチン接種の副反応を除く
②	せき、のどの痛みなど風邪の症状
③	倦怠感、呼吸困難
④	味覚や嗅覚の異常
⑤	新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触
⑥	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生
⑦	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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触

※①～⑦で1項目でも該当あり・当日の体温が37.5度以上の場合は参加不可のため、全員に確認した上で編成をすること