

「東京羽田ヴィッキーズ バasketボールクリニック」参加にあたっての同意書

本同意書は、上記事業を実施するにあたり、新型コロナウイルスの感染防止及び感染者が発症した場合に、主催者が関係機関に対して報告し、必要な措置を講じるために使用するものです。

なお、本同意書は、1か月間の保存期間経過後、主催者の責任において廃棄いたします。

主催：大森スポーツセンター

【確認事項】

- 以下の事項に該当しません。
 - ・体調がよくない。 例：発熱（37.5度以上）・咳・咽頭痛・味覚臭覚違和感・倦怠感などの症状
 - ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる。
 - ・過去14日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、または当該在住者との濃厚接触がある。

【遵守事項】

- 参加中に大きな声で会話等をしません。
- こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施します。
- 他の参加者、講師、主催者スタッフ等との距離を、できるだけ広く確保します。
- マスクを持参しています。
- 感染防止のために施設管理者が決めたその他の措置の遵守、施設管理者の指示に従います。
- 会場への入退出やイベント中は、主催者やスタッフの指示に従います。
- 利用終了後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、主催者に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告します。



必ず、保護者をご記入ください。 ※クリニックの参加には本同意書が必要になります。

◆ 参加日時：令和4年7月26日(火)14時00分～16時00分

参加者氏名	住所	当日体温	保護者の電話番号
		℃	

↑検温して必ずご記入ください

以上の内容について、確認し同意いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名