

参加者各位

### 画像映像取り扱い及び健康状態申告のお願い

一般社団法人 P-CONNECT

本大会につきまして、大会や試合の様子を弊法人の広報や SNS 等において写真や映像が使用される場合がございます。使用を承諾されない場合はその旨ご申告ください。また新型コロナウイルス感染予防のため、本大会参加にあたって会場に来られる参加者、帯同者におかれましては以下の情報提供をお願いいたします。尚、提出された個人情報の取り扱いには十分配慮し、新型コロナウイルス感染拡大防止のために必要に応じて保健所等へ情報を開示する場合がございます。開示にご同意いただけない場合はご参加いただけません。尚、大会参加にあたっては、「自己責任」をお願いいたします。

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 氏名：   | 所属チーム：                      |                             |
| いずれかに○を付けて下さい。（選手・帯同者）                                  |                             |                             |
| 大会日：  | 年                           | 月 日                         |
| 年齢：   |                             |                             |
| 住所：   |                             |                             |
| 連絡先（電話番号）：  |                             |                             |
| 本書面の提出を以って新型コロナ感染防止に必要な情報開示に同意したものとします。                 |                             |                             |
| 写真等の使用を承諾しない場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/>   |                             |                             |
| 大会当日の体温（37度5分以上の方は出場・入場不可）                              | （ ）℃                        |                             |
| 大会前2週間における以下の事項の有無<br>※一項目でも「あり」の場合は、自主的に参加を見合わせて下さい。   |                             |                             |
| 平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）                                   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状                                      | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）                                     | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 嗅覚や味覚の異常  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 体が重く感じる、疲れやすい等  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無                            | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生                                  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 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、地域等へ渡航又は当該在住者との濃厚接触 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |