佐久地区剣道連盟　（第5号様式−２）

級位審査会　役員・保護者確認票

審査会日　　　令和　２年　９月　６日　【審査員・運営役員・保護者】←○をつけてください

氏名　 　　　　　　　　 　(保護者は所属団体名)

生年月日　　　　 昭　・ 平　　　　　年　　　　月　　　　日
年齢　　　　　　歳 　　血液型　RH（　　　　）　　　　　型

既往症　　なし　　・　　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先　℡

緊急連絡先　℡　　　　 　　　　　　（連絡先の相手方氏名）

（審査会時の緊急事態に備えて連絡のとれる方の連絡先）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項　　　　　　目 | 確認欄 |
| １ | 発熱がない　【平熱　　　　　　　℃】　【参加前　　　　　　　　　℃】　※必ず検温する |  |
| ２ | 基礎疾患がない※ここでいう基礎疾患とは糖尿病、心不全、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、透析を受けている、免疫抑制剤や抗がん剤を用いている　など |  |
| ３ | 体がだるくない |  |
| ４ | 息苦しさがない（いつもと違う苦しさ） |  |
| ５ | のどの痛み・せき・たん・鼻水・鼻づまりがない |  |
| ６ | 頭痛がない |  |
| ７ | におい、味を感じる |  |
| ８ | 同居する家族に１～７のいずれの症状もみられない |  |
| ９ | 身近に感染が疑われる知人がいない |  |
| 10 | 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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない |  |
| 11 | 感染予防用具を持っている（　面マスク　※必須　・　シールド　・　アイマスク　） |  |
| **12** | **審査会２週間前の８／２３（日）以後、１～７の症状がみられない****また、同居する家族にも同様の症状がみられない** |  |

〈受審にあたって〉

・審査会当日、各項目について確認し、確認欄に〇をつける。
**すべての項目に〇がつかない場合は、受審を見合わせ、本剣連に欠席連絡をしてください。**

・この票は審査会に持参し、**会場入場時に係員に提示・提出**する。持参していない場合は入場不可。

・受審にあたっては手洗い、うがい、アルコールによる手指の消毒を励行する。

・会場と自宅の往復の際にはマスクを着用する。

・審査会中はこまめに水分補給をとり、感染予防とともに熱中症予防にも努める。

・記入された個人情報は、緊急時に備え本剣連と佐久創造館で保管・管理します。保管期限は２ヶ月程度とし、期限が過ぎたら適切に破棄します。緊急時の対応に使用する場合があります。

佐久地区剣道連盟