

## 11月21日 参加者名簿 (No. 1)

※ 20日に健康チェックシート提出者は生年月日住所TELの記入不要。

令和 年 月 日

No.	区分	(ふりがな) 氏名 / 生年月日	住所 / TEL	本日の体温/ 下記別表内容の該当有無	参加同意 保護者印 (未成年のみ)
1	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
2	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
3	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
4	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
5	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
6	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
7	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
8	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
9	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
10	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	

感染予防対策にご協力ありがとうございます。

※参加者全員の名簿を提出いただきます。用紙不足の際は、

コピーにてご対応ください。

※本用紙に記載されていない方は、大会参加（応援含む）は認められません。

※本用紙は、カメイアリーナ仙台ホームページからダウンロードできます。

※本用紙は、カメイアリーナ仙台事務局が保管し、新型コロナウイルス感染症予防対策に関わる以外には使用いたしません。

※大会終了1か月間の間に感染者が発症しなかった場合は、カメイアリーナにおいて本用紙をシュレッダー廃棄します。

【別表】大会前、2週間における以下事項の該当有無

1. 平熱を超える発熱（概ね37度5分以上）
2. 咳・のどの痛みなどの風邪症状
3. だるさ（倦怠感）息苦しさ（呼吸困難）
4. 嗅覚や味覚の異常
5. 体が重く感じる、疲れやすい等
6. 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
7. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
8. 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ある場合

11月21日

## 参加者名簿

(No. 2)

No.	区分	(ふりがな) 氏名 / 生年月日	住所 / TEL	本日の体温/ 別表内容の該当有無	参加同意 保護者印 (未成年のみ)
11	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	/
12	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
13	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
14	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
15	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
16	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
17	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
18	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
19	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	
20	団員 指導者 保護者等	年 月 日	住所 TEL	<input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし	

感染予防対策にご協力ありがとうございます。

※参加者全員の名簿を提出いただきます。用紙不足の際は、  
コピーにてご対応ください。

※本用紙に記載されていない方は、大会参加（応援含む）は認め  
られません。

※本用紙は、カメイアリーナ仙台ホームページからダウンロード  
できます。

※本用紙は、カメイアリーナ仙台事務局が保管し、新型コロナウ  
イルス感染症予防対策に関わる以外には使用いたしません。

※大会終了1か月間の間に感染者が発症しなかった場合は、  
カメイアリーナにおいて本用紙をシュレッダー廃棄します。

【別表】大会前、2週間における以下事項の該当有無

1. 平熱を超える発熱（概ね37度5分以上）
2. 咳・のどの痛みなどの風邪症状
3. だるさ（倦怠感）息苦しさ（呼吸困難）
4. 嗅覚や味覚の異常
5. 体が重く感じる、疲れやすい等
6. 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
7. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
8. 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  
者との濃厚接触がある場合