

チーム名		氏名	
------	--	----	--

以下の項目について確認し、確認欄にレ点をつけてください。

		はい	いいえ
①	COVID-19に関するいかなる症状も直前の14日以内に見られていない。		
②	生活を共にする家族等にもCOVID-19に関係するいかなる症状も直前の14日以内に見られていない。		
③	COVID-19の感染者や感染を疑われる人に直前14日間に接触していない。		
④	未成年者が確認 大会参加に保護者が同意している。		

---

チーム名		氏名	
------	--	----	--

以下の項目について確認し、確認欄にレ点をつけてください。

		はい	いいえ
①	COVID-19に関するいかなる症状も直前の14日以内に見られていない。		
②	生活を共にする家族等にもCOVID-19に関係するいかなる症状も直前の14日以内に見られていない。		
③	COVID-19の感染者や感染を疑われる人に直前14日間に接触していない。		
④	未成年者が確認 大会参加に保護者が同意している。		