

えがお
ねりんピック愛顔のえひめ2023
健康等に関する誓約書

様式 - 35
地域コード 11

ねりんピック^{えがお}愛顔のえひめ2023実行委員会
会長 中村 時広 様

私は、ねりんピック^{えがお}愛顔のえひめ2023（以下「大会」という。）への参加に当たり、大会参加中の不慮の負傷・疾患や生命に関する重大な事故等は、自分の責任として対応します。

また、大会への参加に備え、必要に応じて医師の診断を受けるなど、体調にも万全を期すると共に、緊急時等に迅速な救急対応が実施できるよう、最新の健康状態等について、選手団IDカードに記入し、大会期間中常に携帯します。

なお、大会前及び大会期間中は、毎朝の検温など健康の自主管理に努め、発熱又は呼吸困難、けん怠感、味覚や嗅覚の異常などの症状がみられる場合は参加を見合わせるなど、大会主催者等が求める感染症対策等（※）を遵守します。

※ 新型コロナウイルス感染症等の発生動向を踏まえ、今後、大会主催者等による対策を追加する場合があります。

以上について、家族又はそれに代わる者とともに誓約いたします。

令和 年 月 日

ふりがな

参加者氏名（自署）： _____

＜ 家族又はそれに代わる者の署名等 ※参加者本人の記入は不可 ＞

ふりがな

氏名

（自署）

： _____

参加者との

関係

： _____

緊急連絡先

（電話番号）

： _____

（大会参加者備考）

※本書は、署名日時点の情報を記入してください。（本書提出後の経過のご報告は、原則不要です。）

※後日配布する選手団IDカードには、最新の健康状態等の情報を確実に記入してください。

都道府県名又は 政令指定都市名		参加種目	
生年月日	大正・昭和 年 月 日	血液型	

◆治療中又は過去にかかった病気がある場合は、該当する項目及び現在の状況に○印をお書きください。

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1 心臓病 (治療中・経過観察中・完治) | 6 腎臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 2 脳血管障害 (治療中・経過観察中・完治) | 7 肝臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 3 高血圧 (治療中・経過観察中・完治) | 8 がん (治療中・経過観察中・完治) |
| 4 糖尿病 (治療中・経過観察中・完治) | 9 その他 (病名：) |
| 5 脂質異常症 (治療中・経過観察中・完治) | (治療中・経過観察中・完治) |

◆薬を服用している場合は、薬の名前をお書きください。

(薬の名前：)

◆食物、薬物等のアレルギーがある場合は、原因をお書きください。

(原因：)

◆その他、医師から注意を受けていることや健康面で不安なことがある場合は、内容をお書きください。

(内容：)

◆新型コロナウイルス感染症のワクチン接種履歴をお書きください。※本項目の回答は任意です。

最終接種日 (令和 年 月 日 ・ 接種 回目) ・ 未接種

本書は、厳重に保管し、知り得た個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日法律第57号）又は選手派遣団体が定める個人情報保護規程に準じて取り扱い、緊急時における緊急連絡先・医療機関等との連絡以外の目的では使用いたしません。

えがお
ねんりんピック愛顔のえひめ2023
健康等に関する誓約書

ねんりんピック愛顔のえひめ2023実行委員会
会長 中村 時広 様

私は、ねんりんピック愛顔のえひめ2023（以下「大会」という。）への参加に当たり、大会参加中の不慮の負傷・疾患や生命に関する重大な事故等は、自分の責任として対応します。また、大会への参加に備え、必要に応じて医師の診断を受けるなど、体調にも万全を期すると共に、緊急時等に迅速な救急対応が実施できるよう、最新の健康状態等について、選手団IDカードに記入し、大会期間中常に携帯します。

なお、大会前及び大会期間中は、毎朝の検温など健康の自主管理に努め、発熱又は呼吸困難、けん怠感、味覚や嗅覚の異常などの症状がみられる場合は参加を見合わせるなど、大会主催者等が求める感染症対策等（※）を遵守します。

※ 新型コロナウイルス感染症等の発生動向を踏まえ、今後、大会主催者等による対策を追加する場合があります。

以上について、家族又はそれに代わる者とともに誓約いたします。

誓約書の記入日

「家族に代わる者の署名」とする場合は、緊急時に連絡が付き、傷病時に付添い可能な方の署名としてください。

令和 ○年 ○月 ○日

ふりがな えひめ たろう
参加者氏名（自署）：愛媛 太郎

＜ 家族又はそれに代わる者の署名等 ※参加者本人の記入は不可 ＞

ふりがな 氏名 えひめ はなこ
(自署) : 愛媛 花子 参加者との関係 : 妻 緊急連絡先 (電話番号) : 自宅 ○○○-○○○-○○○○
携帯 ○○○-○○○○-○○○○

(大会参加者備考)

※本書は、署名日時点の情報を記入してください。(本書提出後の経過のご報告は、原則不要です。)

※後日配布する選手団IDカードには、最新の健康状態等の情報を確実に記入してください。

都道府県名又は 政令指定都市名	愛媛県	参加種目	卓球
生年月日	大正・ <u>昭和</u> ○○年 ○月 ○日	血液型	A

◆治療中又は過去にかかった病気がある場合は、該当する項目及び現在の状況に○印をお書きください。

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| 1 <u>心臓病</u> (治療中・経過観察中・ <u>完治</u>) | 6 腎臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 2 脳血管障害 (治療中・経過観察中・完治) | 7 肝臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 3 高血圧 (治療中・経過観察中・完治) | 8 がん (治療中・経過観察中・完治) |
| 4 <u>糖尿病</u> (治療中・ <u>経過観察中</u> ・完治) | 9 その他 (病名:) |
| 5 脂質異常症 (治療中・経過観察中・完治) | (治療中・経過観察中・完治) |

◆薬を服用している場合は、薬の名前をお書きください。

(薬の名前: ○○○、◇◇◇)

◆食物、薬物等のアレルギーがある場合は、原因をお書きください。

(原因: えび、牛乳)

◆その他、医師から注意を受けていることや健康面で不安なことがある場合は、内容をお書きください。

(内容:)

◆新型コロナウイルス感染症のワクチン接種履歴をお書きください。※本項目の回答は任意です。

最終接種日(令和 ○年 ○月 ○日 ・ 接種 ○回目) ・ 未接種

本書は、厳重に保管し、知り得た個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日法律第57号)又は選手派遣団体が定める個人情報保護規程に準じて取り扱い、緊急時における緊急連絡先・医療機関等との連絡以外の目的では使用いたしません。