

かねひで美やらびオープン 予選会

新型コロナウイルス感染防止対策について

◆選手の皆様へご協力をお願い

- ① 予選会当日、問診票の提出をお願い致します。
※クラブハウス入口にて検温を行います。
 - ② プレー以外では、マスクの着用をお願い致します。
 - ③ 密を避ける為、選手同士の距離を十分にとるようお願い致します。(約 2m)
 - ④ プレー前後・休憩前後の手洗い、アルコール消毒、うがいの徹底にご協力をお願い致します。
※施設内の入口、受付等各所にアルコール消毒液を設置しております。
 - ⑤ 他プレーヤーのクラブには触れないでください。
 - ⑥ 旗竿やバンカーレーキ等を触った場合は手指の消毒をお願い致します。
- * 上記は、新型コロナウイルスの感染状況により変更する場合がございます。

◆選手の皆様へ出場に関するお願い

- ① 発熱の症状がある方(体温37.5度以上)は自粛をお願い致します。
- ② 風邪の症状がある方は自粛をお願い致します。
- ③ 大会当日より過去14日以内に発熱や感冒症状で受診や服薬等をした方は自粛をお願い致します。
- ④ 感染拡大している地域や国への訪問歴が大会当日より過去14日以内にある方は自粛をお願い致します。

皆様のご理解、ご協力の程宜しくお願い致します。

◆新型コロナウイルス感染症（COVID-19）関連問診票

大会参加のため、この問診票に記入し提出しなければならないことをご理解の上、ご協力をお願いします。

氏名		所属		生年月日	(西暦)	/	/
連絡先	自宅・携帯電話	-	-	本人以外の 連絡先	氏名	/	-
住所							

参加申請大会	かねひで美やらびオープン予選会
--------	-----------------

海外渡航歴の確認	
最近（直近14日間以内）に、海外への渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
または、渡航者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
渡航先（国名）：	滞在都市：
滞在期間：	年 月 日 ～ 年 月 日
渡航先（国名）：	滞在都市：
滞在期間：	年 月 日 ～ 年 月 日
渡航先（国名）：	滞在都市：
滞在期間：	年 月 日 ～ 年 月 日

体調チェック（最近7日以内に、該当する症状がある場合に☑を入れてください。該当しない場合は記入しなくて結構です）	
症状 (7日以内)	<input type="checkbox"/> 発熱（℃） <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> から咳 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛
	<input type="checkbox"/> 喉頭痛 <input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 濃性痰
	<input type="checkbox"/> その他
発症日時	<input type="checkbox"/> 出発前（場所：） <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> ホテル入り後（場所：） <input type="checkbox"/> その他
確認者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 保健所担当者 <input type="checkbox"/> 検疫所担当者 <input type="checkbox"/> その他 確認機関名： 確認日時：
医療機関の 診断	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 急性呼吸困難症候群 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影： <input type="checkbox"/> はい（所見：） <input type="checkbox"/> いいえ
基礎疾患（万一、新型コロナウイルスに感染してしまった際、重症化を防ぐために医療機関に報告する内容になります。）	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 心臓（病名：） <input type="checkbox"/> 腎臓（病名：） <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他持病（）	

上記記述内容が事実であることを確認します。虚偽記載による問題発生時には本人に責任があることを確認します。
氏名： (印)

【個人情報の取扱いについて】

ご記入頂きました個人情報は、[かねひで喜瀬カントリークラブ（管理会社及び団体）]にて厳正に管理し、新型コロナウイルス感染症疑い患者の把握のために利用致します。事前にご了解なく他の目的で利用・提供することはありません。但し、緊急時において、医療機関や行政機関への連絡のため、書面もしくは口頭にて、医療機関や行政機関に提供いたします。また、個人情報の委託を行う場合は、当社の厳正な管理の下で行います。枠内につきましては全項目をご記入下さい。尚、ご本人の個人情報の提出は任意です。ただし、正しく提出されない場合は、正常な大会運営に必要な最小限の情報に該当するため、大会に参加できない可能性があります。個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用停止・消去及び第三者提供の停止につきましては、恐れ入りますが下記までお申し出下さい。

[本件及び個人情報についてのお問い合わせ先]

かねひで喜瀬カントリークラブ

TEL：0980-53-6100 *平日 9：00～18：00（土・日・祝・年末年始は休み）

[個人情報保護管理責任者] 役職：総支配人 氏名：連天 勇

[問い合わせ] かねひで喜瀬カントリークラブ TEL：0980-53-6100

*平日 9：00～18：00（土・日・祝・年末年始は休み） FAX：0980-53-7788

【裏面】

