

エアボクシングメディカルチェックシート

所属ジム							
氏名							
試合予定日	8月29日			会場	中日ボクシングジム		
日付	8月16日	8月17日	8月18日	8月19日	8月20日	8月21日	8月22日
体温(°C)							
味覚障害の有無							
嗅覚障害の有無							
咽頭痛の有無							
倦怠感の有無							
咳の有無							
頭痛の有無							
その他							
日付	8月23日	8月24日	8月25日	8月26日	8月27日	8月28日	8月29日
体温(°C)							
味覚障害の有無							
嗅覚障害の有無							
咽頭痛の有無							
倦怠感の有無							
咳の有無							
頭痛の有無							
その他							

※症状の有無は、“有”の場合のみ“○”で記載する

※体温が平熱+0.5°C以上、各症状の有無で「有」が2日以上続いた場合、試合前にコロナ検査での陰性であることを確認できなければ試合出場不可。

※記入事項に虚偽の内容が発覚した場合、エアボクシングライセンスの無期限停止を含め、いかなる処分に対しても意義を申し立てないことを誓約します。

宿泊先	名称: 住所: 電話番号:								
チェックイン:	月	日	時	分	チェックアウト:	月	日	時	分