

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	10月24日			会場	花形ジム		
日付	10月11日	10月12日	10月13日	10月14日	10月15日	10月16日	10月17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	10月18日	10月19日	10月20日	10月21日	10月22日	10月23日	10月24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