

## 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	12月4日			会場	カルッツかわさき小体育館		
日付	11月21日	11月22日	11月23日	11月24日	11月25日	11月26日	11月27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	11月28日	11月29日	11月30日	12月1日	12月2日	12月3日	12月4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