

受講者・関係者確認票

※新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、**太枠内**すべての事項のご記入をお願いします。

※確認項目にチェックできない項目がある場合、入場制限させていただく場合がございます。

期 日	令和3年8月7日（土）	所 属	
氏 名		年 齢	歳
連絡先	(携帯番号または自宅電話番号)		

当日の体温	度
-------	---

【入館にあたっての確認項目】
下記項目について講習会当日確認していただき、チェック欄(□)にチェック(✓)して受付に提出してください。

本日および過去14日以内において、以下の事項に該当しない。
・体調が良くない。(例：発熱・咳・咽頭痛・倦怠感・息苦しさなどの症状がある。)
・嗅覚や味覚に異常がある。
・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる。
・政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または該当在住者との濃厚接触がある。

マスクを着用(持参)すること
 こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること
 他の受講者・スタッフ等との距離(できるだけ1m以上)を確保すること
 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、指示に従うこと
 講習会前後においても、三つの密を避けること
 講習会終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、町田市剣道連盟に対して速やかに報告すること

個人情報の取り扱いについて

(1) ご記入いただきました個人情報は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、関係者を把握することの目的のみで利用いたします。利用目的に同意の上ご記入ください。

(2) ご記入いただきました個人情報は、本人の同意なしに第三者へ提供しません。

(3) 本連盟が保有している個人情報の開示、訂正または削除、および利用停止の要求があった場合には、対応いたします。

<西東京剣道連盟>
〒194-0045 東京都町田市南成瀬5-18-9 コムロコーポ202 TEL/FAX:042-785-4947

ブロック講習会(剣道講習会)

個人受付カード

所 属 団 体	剣 連	称号段位	士 段
全 剣 連 番 号			
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	昭・平 年 月 日	満年齢	歳 男・女
住 所	〒		
携帯電話番号			

※携帯電話番号は差し支えなければ記入お願い致します。

(キ リ ト リ)

ブロック講習会(剣道講習会)

個人受付カード

所 属 団 体	剣 連	称号段位	士 段
全 剣 連 番 号			
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	昭・平 年 月 日	満年齢	歳 男・女
住 所	〒		
携帯電話番号			

※携帯電話番号は差し支えなければ記入お願い致します。