

## 第 34 回豊の国ねりんピック 健康に関する誓約書

私は、この度の第 34 回豊の国ねりんピックへの参加にあたり、大会参加中の不慮の負傷・疾患や生命に関する重大な事故等は、自分の責任として対応します。

また、大会参加に備え、必要に応じて医師の診断を受けるなど体調にも万全を期し、もし、大会直前に風邪気味等で発熱している場合など体調不良であれば、無理をせず参加を見合わせる対応をとります。なお、大会前及び大会期間中は、自己の健康管理に努め、発熱又は呼吸困難、けん怠感、味覚や嗅覚の異常などの症状がみられる場合は参加を見合わせるなど、大会主催者等が求める感染症対策等を遵守します。

以上のことについて、家族又はそれに代わる者とともに誓約します。

令和 年 月 日

第34回豊の国ねりんピック実行委員会

委員長 工藤哲史 殿

該当者は○で囲む

市町村名	参加種目	初参加
参加者氏名 <small>ふりがな</small> (自署)	生年月日 T・S・H 年 月 日	血液型
連絡先住所 〒		TEL

◆現在治療中又は過去にかかった病気がある。(該当する項目及び現在の状況に○印)

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 1 心臓病 (治療中・経過観察中・完治)   | 6 腎臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 2 脳血管障害 (治療中・経過観察中・完治) | 7 肝臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 3 高血圧 (治療中・経過観察中・完治)   | 8 がん (治療中・経過観察中・完治)  |
| 4 糖尿病 (治療中・経過観察中・完治)   | 9 その他 (病名: )         |
| 5 脂質異常症 (治療中・経過観察中・完治) | (治療中・経過観察中・完治)       |

◆現在、薬を服用している場合には、薬の名前をお書きください。

(薬の名前: )

◆食物、薬物等のアレルギーがある場合には、原因をお書きください。

(原因: )

◆その他、医師から注意を受けていることや、発熱、咳など健康面で不安なことがある。

( ない ・ ある → 内容: )

◆新型コロナウイルス感染症のワクチン接種履歴をお書きください。※本項目の回答は任意です

最終接種日 (令和 年 月 日 ・ 接種 回目) ・ 未接種

緊急時連絡者	連絡先氏名 (自署):	参加者との関係:
	〈家族又はそれに代わる方が記載すること。参加者本人は不可〉	
	電話番号 (緊急連絡先):	