

第2回関東甲信越チャリティープロアマボウリングトーナメント

2022年 8月 20日～21日 ヤングファラオ ウッドレーン(ODIN 60L)

大会参加申込み用紙 FAX 026-221-1778

参加申込み代表者 氏名(フリガナ)	代 表 者 住 所
	〒
代表者連絡先 (緊急連絡先)	エントリー確定通知先(メールアドレス・FAX送信先)

参加選手記入欄 ※所属団体は JPBA・NBF・BPAJ・ABBF・JBC・一般から記入。

No	選手氏名(フリガナ)	所属団体	性別	年齢	H/C	希望シフト	連絡先(携帯等)
1			男・女			A ・ B	
2			男・女			A ・ B	
3			男・女			A ・ B	
4			男・女			A ・ B	
5			男・女			A ・ B	
6			男・女			A ・ B	
7			男・女			A ・ B	
8			男・女			A ・ B	

【参加申込み期限】令和4年7月3日必着 ※参加申込みはFAXのみとなります。

申込みFAX番号 026-221-1778 ヤングファラオ

【参加費振込期限】令和4年7月21日 参加費振込先

八十二銀行 風間支店 普通口座 301277 長野県ボウラーズ連盟

★参加申込み受付期限の7月3日締切り以降に、代表者にエントリー確定通知をいたします。
エントリー費は参加が確定してから、代表者がエントリー費を執りまとめて振り込んで下さい。
大会参加費の入金の確認終了でエントリーの完了となります。未入金の場合は連絡をします。

★参加費振込み後のキャンセルにつきましては、原則として参加費の返金はできません。
但し、ウエイティング繰り上げの場合とメンバー変更の場合には対応できる場合もあります。

◎先着順にて希望シフトの割振りを行います。出来る限り希望シフトに沿うように調整をしますが、偏ってしまった場合には締切り後にシフト変更をお願いする場合もございます。

336名の定員になり次第、ウエイティングのご案内となります。ご不明な点はお問い合わせ下さい。

大会実行委員会 お問い合わせ先 026-221-2356(ヤングファラオ 担当/小林)

新型コロナウイルス感染症に対する症状の問診票 / 実行委員会

大会参加にあたり大会規定の感染予防対策を理解して守ることに同意し、記入をします。
大会参加選手・運営役員・会場スタッフ・選手付添者様 必ず記入をお願いいたします。
大会関係者の皆様の健康を守るよう、症状を正確に記録して保健所などの公的機関などから問い合わせのあった場合以外には使用いたしません。(1カ月程度は保管します。)

日付: 令和 4 年 8 月 2 0 日 会 場 名 ヤングファラオ

地区名			所属団体	JPBA・NBF・JBC・ABBF・BPAJ・一般			
フリガナ 氏 名			生年月日	西暦	年	月	日
住 所	〒				性別	男 ・ 女	
測定体温	℃	緊急連絡先 (携帯番号)			入場 区分	選手・役員・付添・スタッフ	
交通手段	自家用車(相乗り含)・公共交通機関				滞在期間	宿泊・日帰り	

◆ 新型コロナウイルスのワクチン接種についての質問に回答をして下さい。

ワ ク チ ン 接 種 歴 質 問 事 項		回 答 欄	
①	新型コロナウイルスのワクチン接種歴はありますか？	はい	いいえ
②	ワクチン接種歴がある方は接種した月日を記入して下さい。 ※3回目の接種歴のある方は3回目の月日も記入して下さい。	1回目/令和	年 月 日
		2回目/令和	年 月 日
		3回目/令和	年 月 日
③	接種したワクチンの製造メーカーにチェックをして下さい。 ※複数のワクチンメーカーであれば、複数のチェックをして下さい。	☐	ファイザー社
		☐	モデルナ社
		☐	アストラゼネカ社

◆ 当てはまる質問事項の回答のどちらかに必ず、○を付けて下さい。

質 問 項 目		回 答	
①	14日以内にあなた、または同居のご家族が新型コロナウイルスの感染者の方との濃厚接触者になったことがありますか？	はい	いいえ
②	14日以内に、多人数が集まる換気の悪い密閉された場所に行きましたか？ また、感染者が発生した施設・医療機関を利用したことがありますか？	はい	いいえ
③	14日以内に、同居のご家族で体調不良の方はいましたか？	はい	いいえ
④	2週間以内に、海外の渡航歴はありますか？(国名) また、海外から帰国した人との濃厚接触歴はありますか？	はい	いいえ

◆ 14日以内に下記の症状などがありましたか？(当てはまるところに○印を付ける)

①	発熱(37.5℃以上)	⑥	頭 痛 ・ 筋 肉 痛
②	せき ・ くしゃみ	⑦	息苦しい・息切れ
③	強いだるさ(倦怠感)	⑧	下 痢 症 状
④	のどの痛み・痰・鼻水	⑨	味覚・嗅覚の異常
⑤	吐き気・嘔吐・食欲不振	⑩	過去に新型コロナウイルス感染症の感染歴 令和 年 月 日

大会開催の当日の朝、大会受付前に記入をして受付時に提出して検温も行して下さい。

※お預かりした個人情報はこの目的以外には使用いたしません。後日、責任をもって破棄いたします。

承認大会参加選手・付添者・運営役員用 事前健康管理チェック表

大会実行委員会事務局

大会名称	第2回関東甲信越チャリティープロアマボウリングトーナメント	開催年月日	西暦 2022年 8月 20日～21日
フリガナ		地区名	
氏名		所属 (該当に○)	JPBA NBF BPAJ ABBF JBC 一般
居住住所	〒	緊急連絡先	携帯番号
直近の外出先		外出理由	

※直近の外出先については県外の出出や海外の出出があった場合に可能な範囲で詳しく記入して下さい。

大会及び連盟事業開催日の約2週間前より記入して開催日の当日に役員に提出して下さい。(当日は問診票に記入)

該当日	年月日	体温	咳	倦怠感	鼻水	味覚障害	嗅覚障害	呼吸困難	咽頭痛	備考欄(他症状・行動歴・接触歴など)
14日前	R4/ 8/6	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
13日前	R4/ 8/7	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
12日前	R4/ 8/8	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
11日前	R4/ 8/9	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
10日前	R4/ 8/10	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
9日前	R4/ 8/11	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
8日前	R4/ 8/12	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
7日前	R4/ 8/13	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	R4/ 8/14	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	R4/ 8/15	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	R4/ 8/16	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	R4/ 8/17	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	R4/ 8/18	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	R4/ 8/19	度 分	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	