

大会参加申込書

No
令和 年 月 日

大会名	第9回伊勢崎市シニアオープンテニス大会			
登録クラブ名		略名		
連絡責任者氏名	携帯番号			
	メールアドレス			
連絡先に○印をつけて下さい	住所			
種目 (種目別○で囲む)	男子ダブルス ・ 女子ダブルス 60歳以上、70歳以上 50歳以上、60歳以上、← 該当箇所に			
複	氏名	生年月日(西暦)	電話又は携帯番号	クラブが違う場合のみ
1				
2				
	参加費	合計 2,500 円	納入 月 日	現金 郵便振替
	2,500円 × 1組			

参加費は「郵便振替」にてお送り下さい。 **加入者名 井部 千万吉 口座記号番号 00110-6-360153**

* 男女別に記入をお願いします。必要な枚数をコピーして下さい。

メール申込みは添付をお願いします。

----- 切り取り線 -----

体調管理チェックシート

(必ず、自署してください)

令和 4 年 月 日

大会名 第 9 回 伊勢崎市シニアオープンテニス大会

選手氏名 当日朝の体温 度

住所

連絡先(携帯電話番号)

選手氏名 当日朝の体温 度

住所

連絡先(携帯電話番号)

※大会前 2 週間における以下の事項について、有無のご記入をお願い致します。

- | | |
|--|-----|
| ① 咳、のどの痛みなど風邪の症状 | 有・無 |
| ② 平熱を超える発熱 | 有・無 |
| ③ 味覚・嗅覚の異常 | 有・無 |
| ④ 体のだるさ、重く感じる、疲れ易さ | 有・無 |
| ⑤ 胸痛、息苦しさ | 有・無 |
| ⑥ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触 | 有・無 |
| ⑦ 同居する家族や身近な人に感染が疑われる方 | 有・無 |
| ⑧ 過去 2 週間以内に政府から入国制限、
入国後の経過観察を必要とされている国、
地域への渡航または当該在住者との濃厚接触 | 有・無 |

※上記項目に 1 つでも「有」にあてはまる場合、試合の参加をお控えください

伊勢崎市テニス協会