

# 誓 約 書

氏 名		ス タ ッ プ ・ 選 手 該当する項目を○で囲んでください。
住 所	〒	
連 絡 先	(自宅) (携帯)	
健 康 観 察 に つ い て	<input type="checkbox"/> チェックリストの全ての項目に異常はなかった。 <input type="checkbox"/> 主催者からの要請があった場合には必ず提出する。	
既 往 歴	糖尿病 有 無	喘息 有 無
	高血圧 有 無	その他 (病名 : )
県 外 へ の 移 動 歴	健康観察の期間中に県外への移動があった方は都道府県名を記載してください。 * 感染蔓延地への移動があった場合には出場辞退をお願いする場合があります。	
<p>虚偽の記載がないことを証明します。 記載した内容については責任を負います。</p> <p style="text-align: center;">令和3年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p>		