

令和2年10月11日（日）イベント当日受付時に提出してください。

## 誓 約 書

氏 名	スタッフ ・ 選手 該当する項目を○で囲んでください。	
住 所	〒	
緊急連絡先（電話）	（ 携帯 自宅 ） 該当する項目を○で囲んでください。	
健康観察について	15日間、全てのチェック項目が「無」であった。 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	令和2年9月27日（日）から10月11日（日）の間、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。  * 不要不急な移動は避けてください。なお、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。	

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。

令和2年 月 日

氏 名 印

\* 自筆で記名し、必ず押印してください。

\* 記載項目に不備があった場合は出場できません。