

エアボクシングメディカルチェックシート

所属ジム							
氏名							
試合予定日	4月29日			会場	川崎新田ボクシングジム		
日付	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日	4月22日
体温(°C)							
味覚障害の有無							
嗅覚障害の有無							
咽頭痛の有無							
倦怠感の有無							
咳の有無							
頭痛の有無							
その他							
日付	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日	4月29日
体温(°C)							
味覚障害の有無							
嗅覚障害の有無							
咽頭痛の有無							
倦怠感の有無							
咳の有無							
頭痛の有無							
その他							

※症状の有無は、“有”の場合のみ“○”で記載する

※体温が平熱+0.5°C以上、各症状の有無で「有」が2日以上続いた場合、試合前にコロナ検査での陰性であることを確認できれば試合出場不可。

※記入事項に虚偽の内容が発覚した場合、エアボクシングライセンスの無期限停止を含め、いかなる処分に対しても意義を申し立てないことを誓約します。

宿泊先	名称: 住所: 電話番号:								
チェックイン:	月	日	時	分	チェックアウト:	月	日	時	分