

新型コロナウイルス感染症予防対策における同意書

この度はどんぐりスポーツカークラブ秋田主催、第40回どんぐりハチ公ラリー（以下、当イベントと表記）の参加をご検討いただき、誠にありがとうございます。当イベントを開催するにあたり、新型コロナウイルス感染症の予防について十分な対策を行っておりますが、それでも感染のリスクをゼロにすることはできません。つきましては当イベントに参加するにあたり、感染のリスクがあることをご理解いただき、また感染のリスクを少しでも下げるため、以下の同意書に署名、および裏面の問診表に記入をお願いいたします。

なお、この同意書、及び裏面の問診表で得た情報につきましては当イベント参加者に感染が確認された場合、関係機関に情報として提供することがあります。その他の利用目的での使用、及び第三者に提供することはありません。

1. 当イベントに参加するにあたり、自己で可能な限りの新型コロナウイルス感染症の予防対策を行った上で参加いたします。
2. 当イベントへの参加について感染症予防の観点から不相当と判断した場合は参加を見合わせます。その際主催者は支払い済みの当イベントへの参加料を全額返金致します。また、主催者側が問診票等の内容から参加を不相当と判断した場合も同様とします。
3. 当イベントは競技参加者（ドライバー、コドライバー）、競技サポート員（予め届け出があった人のみ）、オフィシャル員、審査委員会メンバー、および主催者が必要と認めた人員のみ（以降、これを当イベント参加者と表記します）で行います。観客、その他の随伴者は参加を認めません。
4. 当イベント参加者は主催者が必要と判断し実施する新型コロナウイルス感染症の予防対策（特別競技規則書に記載）に同意、および協力します。
5. 当イベント開催中、および開催後2週間以内に当イベント参加者に新型コロナウイルスの感染が確認された場合、当イベント参加者全員を濃厚接触者とみなし、PCR検査を受けていただきます。
6. 当イベントに参加したことにより新型コロナウイルスに感染した場合でも、主催者に責任を追及しないことを同意します。
7. 裏面の問診表に記載してある事項全てに虚偽なく回答することを同意します。
8. 当イベントに参加したことにより新型コロナウイルスに感染したことが確認された場合、感染経路などより詳しい情報を提供することに同意します。その際、提出いただいた問診票に虚偽が認められた場合、当イベントで使用した施設の消毒や清掃にかかった費用の一部を請求することがあります。

以上の事項について確認の上、当イベントに参加することに同意します。

令和 年 月 日

署名 _____

※まるで囲んでください。

ドライバー、コドライバー、競技サポート員、オフィシャル員、審査委員会メンバー、その他

新型コロナウイルス感染防止のための問診票

※お願い 事前にご記入のうえ受付までお持ちください。

お名前		体温	健診時に当日記入します ℃
-----	--	----	------------------

該当する項目にチェック し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> ①過去14日以内に、3密（密閉・密集・密接）または疑わしい場所を訪れた。訪問日 2022年 月 日 場所（ ）	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/> ②過去14日以内にコロナウイルス陽性者になった人と接触した。 接触日 2022年 月 日 場所（ ） ・接触者との関係：家族・職場・知人・その他（ ）													
<input type="checkbox"/> ③過去14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。													
<input type="checkbox"/> ④同居人または職場に自宅隔離を要請されている人がいる。													
<input type="checkbox"/> ⑤過去14日以内に、海外渡航歴がある。 国名（ ） 帰国日：2022年 月 日													
<input type="checkbox"/> ⑥同居人または職場に過去14日以内に、海外渡航歴がある人がいる。 国名（ ） 帰国日：2022年 月 日													
<input type="checkbox"/> ⑦同居人または職場などに過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した。 接触した場所（ ） 状況（ ）													
<input type="checkbox"/> ⑧過去14日以内に夜の接待を伴う店に行きましたか。 また、感染者が報告された場所に行きましたか。	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/> ⑨過去14日から本日までの、ご自身の症状が該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上）</td> <td><input type="checkbox"/> 味がわからない</td> <td><input type="checkbox"/> 息苦しい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 咳</td> <td><input type="checkbox"/> においが分かりにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢症状</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻水</td> <td><input type="checkbox"/> だるい</td> <td><input type="checkbox"/> 頭痛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> のどの痛み</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 上記の症状が発生した日：2022年 月 日		<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上）	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> においが分かりにくい	<input type="checkbox"/> 下痢症状	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> だるい	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> のどの痛み		
<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上）	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> 息苦しい											
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> においが分かりにくい	<input type="checkbox"/> 下痢症状											
<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> だるい	<input type="checkbox"/> 頭痛											
<input type="checkbox"/> のどの痛み													
<input type="checkbox"/> ⑩過去14日から本日までの、同居または職場の人が該当する場合は項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上）</td> <td><input type="checkbox"/> 味がわからない</td> <td><input type="checkbox"/> 息苦しい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 咳</td> <td><input type="checkbox"/> においが分かりにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢症状</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻水</td> <td><input type="checkbox"/> だるい</td> <td><input type="checkbox"/> 頭痛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> のどの痛み</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 上記の症状が発生した日：2022年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上）	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> においが分かりにくい	<input type="checkbox"/> 下痢症状	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> だるい	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> のどの痛み			←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上）	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> 息苦しい											
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> においが分かりにくい	<input type="checkbox"/> 下痢症状											
<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> だるい	<input type="checkbox"/> 頭痛											
<input type="checkbox"/> のどの痛み													

⑪過去14日の体温を記入してください。

6月13日	℃	6月18日	℃
6月14日	℃	6月19日	℃
6月15日	℃	6月20日	℃
6月14日	℃	6月21日	℃
6月15日	℃	6月22日	℃
6月16日	℃	6月23日	℃
6月17日	℃	6月24日	℃

※ご協力ありがとうございました。

役員による当日検温

℃ 測定者