

念 書

一般財団法人日本オートスポーツセンター
理 事 長 殿

私は特別スポーツ走行に関連して起こった負傷、死亡、その他の事故で私自身の受けた傷害について、決してコース管理者ならびにその従業員、雇員、又は、他の走行者などに対して非難したり、責任を追及したり、決して損害賠償を要求したりしない事を誓約いたします。尚、このことは、事故がコース管理者ならびにその雇員、又は、他の走行者の手違いなどに起因した場合であっても変わりません。

_____年 _____月 _____日

チーム名	ゼッケンNo.	車両名
------	---------	-----

※必ず特別スポーツ走行に参加される方全員の記入をすること

ライダー①	氏名	MFJライセンス No.	区分	筑波サーキット ライセンスNo.	—	本日の走行枠(○を付けること) Force One-Fourth	
	住所	TEL		保険証の持参 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	※本日保険証がない場合、受診時の医療費が自己負担になります。		1組1回目 2組1回目

ライダー②	氏名	MFJライセンス No.	区分	筑波サーキット ライセンスNo.	—	本日の走行枠(○を付けること) Force One-Fourth	
	住所	TEL		保険証の持参 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	※本日保険証がない場合、受診時の医療費が自己負担になります。		1組1回目 2組1回目

ライダー③	氏名	MFJライセンス No.	区分	筑波サーキット ライセンスNo.	—	本日の走行枠(○を付けること) Force One-Fourth	
	住所	TEL		保険証の持参 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	※本日保険証がない場合、受診時の医療費が自己負担になります。		1組1回目 2組1回目

●ライダー1名で走行の際は、同行者名を記入して下さい。 同行者名 : _____

●同行者がいない場合には下記もご記入下さい。

●車両情報

緊急連絡者 : _____ 続柄 : _____

トランポ車両名 : _____

電話番号 : _____

お車ナンバー : _____

携帯番号 : _____

駐車場所(具体的に) : _____

新型コロナウイルス感染関連問診票

新型コロナウイルス感染症拡大防止のためご協力をお願いいたします。

【 医療機関受診の際に提出する重要な書類となりますので正確にご記入ください 】

■ ライダー①

1. 本日の体温 _____ °C
2. 体調についてお伺いいたします。
下記に症状に当てはまるものはありますか。
 なし
 37.5°C以上の発熱 咳 痰
 呼吸苦（息苦しさ） 倦怠感（だるさ）
 味覚・嗅覚異常（味やにおいを感じない）
3. 2週間以内に新型コロナウイルス感染者
やその濃厚接触者との接触
 なし
 あり 詳細： _____
4. 2週間以内に流行地（国内外）での滞在
はありますか。
 なし
 あり 国内：県・市（ ）
 海外：国名（ ）

■ ライダー②・同行者

1. 本日の体温 _____ °C
2. 体調についてお伺いいたします。
下記に症状に当てはまるものはありますか。
 なし
 37.5°C以上の発熱 咳 痰
 呼吸苦（息苦しさ） 倦怠感（だるさ）
 味覚・嗅覚異常（味やにおいを感じない）
3. 2週間以内に新型コロナウイルス感染者
やその濃厚接触者との接触
 なし
 あり 詳細： _____
4. 2週間以内に流行地（国内外）での滞在
はありますか。
 なし
 あり 国内：県・市（ ）
 海外：国名（ ）

■ ライダー③・同行者

1. 本日の体温 _____ °C
2. 体調についてお伺いいたします。
下記に症状に当てはまるものはありますか。
 なし
 37.5°C以上の発熱 咳 痰
 呼吸苦（息苦しさ） 倦怠感（だるさ）
 味覚・嗅覚異常（味やにおいを感じない）
3. 2週間以内に新型コロナウイルス感染者
やその濃厚接触者との接触
 なし
 あり 詳細： _____
4. 2週間以内に流行地（国内外）での滞在
はありますか。
 なし
 あり 国内：県・市（ ）
 海外：国名（ ）