令和4年5月14・21日

愛媛県卓球協会

関係者各位

健康チェックシート

　新型コロナウイルスの感染防止のため、今大会参加にあたって以下の情報提供をお願いします。ご記入の上、大会当日持参し、チームでまとめて受付にご提出ください。尚、ご提出いただいた個人情報の取扱には十分配慮します。

|  |
| --- |
| **氏名　：**　 |
| 区分　：　□　教員　　□　外部指導者　　□　アドバイザー　　□　役員 |
| 住所　： |
| 連絡先（電話番号）　： | 年齢　：　 |
| **大会当日の体温　：　　　　　　　　　　　℃** |
| **大会前２週間における以下の事項の有無** |
|  | 平熱を超える発熱（おおむね37度５分以上） | □　あり | □　なし |
| 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状  | □　あり | □　なし |
| だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）  | □　あり | □　なし |
| 嗅覚や味覚の異常 | □　あり | □　なし |
| 体が重く感じる、疲れやすい等 | □　あり | □　なし |
| 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無 | □　あり | □　なし |
| 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生 | □　あり | □　なし |
| 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又 は当該在住者との濃厚接触 | □　あり | □　なし |