

健康状態申告書(チーム用)

八戸卓球協会
会長 寺井 雅克

新型コロナウイルス感染症予防のため、大会参加にあたって以下の情報提供をお願いいたします。ご記入の上、大会当日に持参し、入り口でご提出ください。なお、提出された個人情報取扱には十分配慮いたします。

提出しない場合には、大会に参加・会場への入場ができないものとします。

チーム名		該当に☑	当日の体温
①	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
②	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
③	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
④	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑤	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑥	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑦	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑧	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑨	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑩	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑪	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑫	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃
⑬	氏名	<input type="checkbox"/> 選手 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 保護者	℃

チームにおける、大会前2週間における以下の事項の有無（ありの場合は（ ）に氏名左横番号を記入ください）

1	平熱を超える発熱（おおむね37.5℃以上）	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
2	咳、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
3	だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
4	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
5	体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
6	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	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
7	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
8	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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし

各チームに置かれましては、複写してご利用ください。