

「新型コロナウイルス感染予防チェック表」

令和2年 月 日

氏名：		
住所：		
年齢：		
連絡先（電話番号）：		
大会当日の体温	℃	
2週間以内における以下の事項の有無		
平熱を越える発熱（おおむね37.5度以上）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
咳（せき）、のどの痛みなどの風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
味覚や嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
身体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
新型コロナウイルス感染症陽性者と濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
同居家族や身近な知人に感染者が疑われる方の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

大会開始前に大会会場受付へ届け出て下さい。

該当項目が一個でもある場合出場をご辞退下さい。