

健康状態チェックシート

会場入り口で提出して下さい。

年 月 日

新日本スポーツ連盟神奈川卓球協議会

氏名	住所					
才	年	月	日生	男子 女子	クラブ名	電話

入館時の体温()度

大会の2週間前以降、下記の事項の有無。
あり、の場合は下段に詳細を記して下さい。

① 平熱を超える発熱	あり、なし
② 咳、のどの痛みなど風邪の症状がある。	あり、なし
③ 強いだるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)	あり、なし
④ 嗅覚や味覚の異常。	あり、なし
⑤ 体が重く感じる。疲れやすい等の症状がある。	あり、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があった。	あり、なし
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる。	あり、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、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触がある。	あり、なし
⑨ (予備欄)	あり、なし

「あり」の場合の詳細

以下、お読みいただき、署名をお願いします。

- ・ 大会後、14日以内に新型コロナウイルスに感染またはその疑いが生じた場合には、直ちに指定の連絡先に連絡します。
- ・ 前項の連絡の後、当協議会より指示があった場合は、その指示に従います。

署名欄：

本部	受付