

健康状態チェックシート

会場入り口で提出して下さい。

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	クラブ名	電話
				女子		

入館時の体温()度

大会の1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7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

「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、7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