

参加者確認票

以下を自宅で記入・検温し、参加当日に受付に提出してください。

1. 参加日 2023 年 月 日

2. 大会名

会場

3. 氏名 _____ 年齢 _____
住所

電話番号

4. 参加当日の体温 _____ °C

5. 7日前から参加当日までの間に以下の有無をチェックしてください。

- | 有 | 無 | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 平熱を超える発熱 _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 嗅覚や味覚の異常 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 体が重く感じる、疲れやすい等 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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る |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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発表されている国・地域等への渡航、又は当該在住者との濃厚接触がある |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他気になる症状がある場合は具体的にお書きください |

*ワクチン注射による発熱は、その旨記入をお願いします。

ワクチン注射接種日 _____

個人情報は、新型コロナウイルス感染拡大防止以外の目的には使用いたしません。

本紙は2週間経過後に焼却廃棄いたします。