

# 連絡先および健康状態申告書

(個人用)

年 月 日

滋賀県卓球協会

新型コロナウイルス感染予防のため、今大会参加にあたって以下の情報提供をお願い致します。ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出ください。なお、提出された個人情報の取り扱いには十分配慮致します。

大会名 \_\_\_\_\_

チーム名 \_\_\_\_\_

同行者 1

同行者 2

同行者 3

氏名 (代表者) \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先 (電話番号) \_\_\_\_\_

同行者 1

同行者 2

同行者 3

大会当日の体温 \_\_\_\_\_℃、 \_\_\_\_\_℃、 \_\_\_\_\_℃、 \_\_\_\_\_℃

大会 2 週間における以下の事項の有無

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ・平熱を超える発熱 (おおむね 37.5 度以上)                                    | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・咳 (せき)、喉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 |
| ・嗅覚や味覚の異常  | <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とされた方との濃厚接触の有無                                | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生                                      | <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 |

# 連絡先および健康状態申告書

(団体用)

年 月 日

滋賀県卓球協会

新型コロナウイルス感染予防のため、今大会参加にあたって以下の情報提供をお願い致します。ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出ください。なお、提出された個人情報の取り扱いには十分配慮致します。

大会名 \_\_\_\_\_

チーム名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

監督・コーチを含め、参加選手の下記の項目に対し、異常のないことを確認しました。また、チーム代表者が参加選手の健康状態に関し、責任を持って参加することを報告します。

大会2週間における以下の事項の有無

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ・平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）                                     | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・咳（せき）、喉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 |
| ・嗅覚や味覚の異常  | <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とされた方との濃厚接触の有無                              | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生                                    | <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 |