

令和 年 月 日

高知県卓球協会主催大会に参加される選手 各位

一般社団法人高知県卓球協会

連絡先および健康状態申告のお願い

新型コロナウイルスの流行予防のため、本会主催大会への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、受付にご提出下さい。なお、提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

※受付時の混雑を避けるため、顧問の先生や引率の先生、その他チームの代表者の方がチーム分をまとめて提出していただくようお願いします。

所属・氏名 :				
大会エントリー時に連絡先が登録されていれば、以下の年齢、住所、連絡先は記入不要				
年齢 :				
住所 :				
連絡先 (電話番号):				
大会当日の体温		()℃		
大会前日から7日間以内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)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
倦怠感 (だるさ・体が重い・疲れやすいなど)、呼吸困難 (息苦しさなど)	<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
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	<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
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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、ワクチン接種日を記入	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
2022 年 月 日				