

令和4年 月 日

大会参加者の皆様へ

高松市卓球協会
会長 川田 実
(公印省略)

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感染予防のため、本大会参加にあたって次の情報提供をお願いいたします。ご記入の上、大会当日に持参し、受付にてご提出ください。尚、提出された個人情報取り扱いには十分配慮いたします。

名前： 所属チーム名：

年齢： 才 住所：

連絡先： 大会当日の体温： ℃

※学校での参加の場合は学校の住所、連絡先でも構いません。

【大会前日から10日間以内における以下の事項の有無】

※①～⑧の事項に1つでも該当する場合は、参加の見合わせるようお願いいたします。

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ①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 |
| ②せき、のどの痛みなど風邪の症状 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ③だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ④嗅覚や味覚の異常 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ⑤体が重く感じる、疲れやすい等 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 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の有無 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| ⑦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 |
| ⑧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 |

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

2022年 月 日

※参加する選手・監督(コーチ含む)全員、ご記入とご提出をお願いいたします。

※大会終了後10日間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に速やかに報告してください。