

(別紙)

健康チェックシート

(一社)茨城県卓球連盟

本健康チェックシートは、(一社)茨城県卓球連盟が開催する事業において、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としております。
各自ご記入の上、当日受付にご提出ください。
なお、いただきました個人情報については、本目的のみの利用とし、取り扱いには十分に配慮いたします。

| ◎基本情報 | | 事業名 | |
|--|-------|------|--|
| 氏名 | 年齢() | 所属 | |
| 住所 | | 電話番号 | |
| 当日の体温 | | | |
| 年 月 日 度 分 | | | |
| ◎チェック項目 下記項目について内容を確認していただき、チェック欄にチェック(✓)してください | | | |
| <input type="checkbox"/> 事業日前2週間において、以下の事項に該当します。 | | | |
| * 平熱(おおむね37.5度)を超える発熱がない | | | |
| * 咳、のどの痛みなどの風邪の症状がない | | | |
| * だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない | | | |
| * 嗅覚や味覚の異常がない | | | |
| * 体が重く感じる、疲れやすいなどがない | | | |
| * 同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいない | | | |
| * 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ない | | | |
| * 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされる国、地域などへの渡航または当該在住者との濃厚接触がない | | | |
| <input type="checkbox"/> 当日はマスクを着用します。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 事業終了後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、主催者に対して、速やかに報告します。 | | | |

このチェックシートは必要枚数コピーして、各個人が必ず記入提出してください。

提出されたチェックシートは、主催者が1か月以上保管します。