

年 月 日

## 大会参加者健康状態申告書

連盟会員各位

連絡先及び健康状態申告のお願い

川口市卓球連盟

新型コロナウイルスの流行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いたします。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いたします。

氏名：	年齢： 歳	※保護者氏名：	印	
所属（チーム名）：				
連絡先（電話番号）：				
大会当日の体温（ ）℃				
<b>大会前日から10日間以内における以下の事項の有無</b>				
・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
・だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
・臭覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
・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の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
・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 ※ 年 月 日	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし

※ 高校生以下の方は、保護者の署名・捺印の上ご提出ください。