

新型コロナウイルス 感染拡大防止 チェックリスト

(一社)日本身体障害者アーチェリー連盟

<選手・代理人・スタッフ用>

記入日付 年 月 日

事業名: 文部科学大臣杯争奪第50回全国身体障害者アーチェリー選手権大会					
参加者 氏名	姓		名	性別	男・女
住所	〒		-	緊急時連絡 の取れる TEL番号	
11/28 当日自宅での体温		°C		時	分
11/28 当日の体温 (受付で計測した値を記入)		°C		時	分
当該事業前2週間(10/3 ~10 /17)の状況					
平熱を超える発熱				あり・なし	
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状				あり・なし	
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)				あり・なし	
臭覚や味覚の異常				あり・なし	
体が重く感じる、疲れやすい等				あり・なし	
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				あり・なし	
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合				あり・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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合				あり・なし	
備考 :37.5度以上の発熱がある場合は、大会の参加、会場への入場はできません。					
<p>※万が一、発症者が出た場合などは、保健所などの関係機関に情報提供させていただくことがあります。予めご了承ください。利用後4週間を目途に適切に破棄いたします。</p> <p>※感染防止のために、利用施設が決定した事項、大会申し合わせ事項に関して遵守し、主催者の指示にしたがってください。</p>					