

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

<観戦／メディア>

記入日付 年 月 日

事業名:		フェニックス大阪大会			
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
28日 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(11/14 ~11 /27)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					
会社名				連絡先:	
				11/28主催者チェック	

チェックリスト参照:(公社)全日本アーチェリー連盟