

大会等応援者健康状態申告書

フリガナ		引率責任者氏名(顧問)
チーム名		
試合等日時	試合会場	対戦相手
2020年9月 日()	伊勢崎市民体育館	伊勢崎市佐波郡中学各校

	保護者氏名	体温	選手氏名	選手との続柄	保護者チェック項目		
					発熱、咳、倦怠感、風邪症状	頭痛、下痢、結膜炎、味覚臭覚異常	感染の流行地域への14日以内の訪問歴
1					あり・なし	あり・なし	あり・なし
2					あり・なし	あり・なし	あり・なし
3					あり・なし	あり・なし	あり・なし
4					あり・なし	あり・なし	あり・なし
5					あり・なし	あり・なし	あり・なし
6					あり・なし	あり・なし	あり・なし
7					あり・なし	あり・なし	あり・なし
8					あり・なし	あり・なし	あり・なし
9					あり・なし	あり・なし	あり・なし
10					あり・なし	あり・なし	あり・なし
11					あり・なし	あり・なし	あり・なし
12					あり・なし	あり・なし	あり・なし
13					あり・なし	あり・なし	あり・なし
14					あり・なし	あり・なし	あり・なし
15					あり・なし	あり・なし	あり・なし
16					あり・なし	あり・なし	あり・なし
17					あり・なし	あり・なし	あり・なし
18					あり・なし	あり・なし	あり・なし
19					あり・なし	あり・なし	あり・なし
20					あり・なし	あり・なし	あり・なし
21					あり・なし	あり・なし	あり・なし
22					あり・なし	あり・なし	あり・なし
23					あり・なし	あり・なし	あり・なし
24					あり・なし	あり・なし	あり・なし
25					あり・なし	あり・なし	あり・なし
26					あり・なし	あり・なし	あり・なし
27					あり・なし	あり・なし	あり・なし
28					あり・なし	あり・なし	あり・なし
29					あり・なし	あり・なし	あり・なし
30					あり・なし	あり・なし	あり・なし

※収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供しません。

※個人情報のため、この様式は試合当日から1ヶ月後に、何もなければ廃棄処分します。

<伊勢崎佐波新人卓球大会**参加生徒**用参加承諾書および健康状態申告書>

伊勢崎佐波新人卓球大会への参加を承諾します。

令和2月9日 ()

保護者名 : _____ 印

連絡先 : _____
(当日連絡のつく携帯番号等)

<健康状態申告>

参加者名	() 中学校	大会当日 の体温	() °C	
住所				
◆大会前2週間における以下の事項の有無				
・平熱を超える発熱 (おおむね37.5℃以上)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
・咳(せき)、のどの痛みなどの風邪の症状	<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
・嗅覚や味覚の異常	<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
・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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし

＜伊勢崎佐波新人卓球大会**役員・外部指導者用**健康状態申告書＞

令和2月9日 ()

氏名： _____ 印

() 中学校

＜健康状態申告＞

大会当日の体温	() °C	連絡先	(当日連絡のつく携帯番号等)	
住 所				
◆大会前2週間における以下の事項の有無				
・平熱を超える発熱 (おおむね37、5℃以上)	<input type="checkbox"/>	あ り	<input type="checkbox"/>	な し
・咳(せき)、のどの痛みなどの風邪の症状	<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
・嗅覚や味覚の異常	<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
・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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	あ り	<input type="checkbox"/>	な し