

<伊勢崎佐波新人大会（代替）参加生徒用参加承諾書および健康状態申告書>

伊勢崎佐波新人大会（代替）への参加を承諾します。

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

〈伊勢崎佐波新人大会(代替)保護者用観覧希望届および健康状態申告書〉

伊勢崎佐波新人大会(代替)の観覧を希望します。

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

<伊勢崎佐波新人大会（代替）**顧問・外部指導者用**健康状態申告書>

伊勢崎佐波新人大会（代替）の参加を希望します。

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