事業参加時の体調チェックシート／岩手県障がい者スポーツ協会

事業実施日	9月5日（日）	事業名	第4回卓球バレー交流会

※以下、個人申込の方は１に、団体申込の場合は２に記載し、当日受付に提出してください。

１　個人申込（引率する家族等を含む）

住所・連絡先	〒	TEL：
		FAX：
		E-mail：

氏名１		性別	年齢	参加区分→	一般参加／審判・スタッフ等／その他
		男　女			
体調チェック	過去２週間の体調不良	感染リスク該当事項	当日の体温	備考	
	あり　なし	あり　なし	℃		
氏名２		性別	年齢	参加区分→	一般参加／審判・スタッフ等／その他
		男　女			
体調チェック	過去２週間の体調不良	感染リスク該当事項	当日の体温	備考	
	あり　なし	あり　なし	℃		
氏名３		性別	年齢	参加区分→	一般参加／審判・スタッフ等／その他
		男　女			
体調チェック	過去２週間の体調不良	感染リスク該当事項	当日の体温	備考	
	あり　なし	あり　なし	℃		

２　団体申込（事業所・学校等）

団体名		記載者氏名	
住所・連絡先	〒	TEL：	
		FAX：	
		E-mail：	

No.	参加区分	氏名	性別	年齢	過去２週間の体調不良	感染リスク該当事項	当日の体温
1	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
2	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
3	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
4	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
5	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
6	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
7	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
8	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
9	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	
10	一般参加／審判・スタッフ等／その他		男・女		あり　なし	あり　なし	

＊過去２週間の発熱や咳、味覚異常等の体調不良の有無について記入してください。
＊感染リスク該当事項は以下を含め、ご自身の感染リスクの有無を記入してください。
①過去2週間以内にステージ４（政府分科会が示す感染状況指標）に該当する都道府県への移動歴はあるか。
②過去2週間以内に新型コロナウイルス感染者または感染が疑われる者との濃厚接触はあるか。
③過去2週間以内にマスク等を着用せずに不特定多数が集まる場所において長時間滞在したことはあるか。

問合せ先／一般社団法人岩手県障がい者スポーツ協会（TEL019-637-5055／FAX019-637-7626）