

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

提出日 ○をする→		3/4 (土)	事業名	障がい者スキー交流会2023
		3/5 (日)		

※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

氏名		性別	年齢	参加区分→	一般／スタッフ／その他
		男 女			
住所・連絡先	〒			TEL :	
				FAX :	
				E-mail :	
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

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	携帯番号・電話番号	当日の 体温	体調不良	感染リスク
1	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
2	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
3	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
4	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
5	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
6	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
7	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
8	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
9	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし
10	一般／スタッフ／その他						あり なし	あり なし

*過去10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10日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。
- ②過去10日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)