

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	令和5年2月26日	事業名	第2回エリアカップ岩手大会 卓球バレーたかたサントリーカップ2023
-------	-----------	-----	---------------------------------------

※以下、以下必要事項を記載して当日受付に提出してください。

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	体調不良	感染リスク	当日の体温	連絡先
1	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
2	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
3	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
4	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
5	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
6	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
7	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
8	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
9	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
10	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
11	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
12	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
13	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
14	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
15	選手/スタッフ/その他				あり なし	あり なし		
16	選手/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。
- ②過去10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）