

会員各位

連絡先および健康状態申告のお願い

酒田卓球協会 事務局

新型コロナウイルスの感染予防のため、今大会(事業等)参加にあたり以下の情報提供をお願いいたします。ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出ください。
 なお、提出された個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。

大会名			
所 属:		<参加形態> ○を付けてください。 1. 選手 2. 監督(コーチ、顧問等) 3. 役員 4. その他	
(保護者の皆様は、お子さんの所属を記載してください。)			
(フリガナ) 氏 名:	年齢:		
(フリガナ) 保護者氏名:		※参加者が高校生以下の場合に記載してください。	
住 所: 〒			
連絡先(電話番号):			
大会当日の自宅での体温 ()℃		大会会場での体温 ()℃	
大会前日から10日間以内における以下の事項の有無			
1. 平熱を超える発熱(おおむね 37 度5分以上)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
2. 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
3. 倦怠(けんたい)感(だるさ・体が重い・疲れやすいなど)、 呼吸困難(息苦しさなど)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
4. 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
5. 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. 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、 地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>
8. ワクチン接種の副反応により体温が上がった場合は、 ワクチン接種日を記入願います。 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>

<連絡先> 酒田卓球協会 事務局
 事務局長 加藤 健
 TEL 090-5189-1118
 Mail <k.k.n.a_0606_1106@galaxy.ocn.ne.jp>