

大会当日一般来場者用メディカルチェックシート

日付	月 日 ()	
----	-----------------------------	--

番号	氏名	住所	電話番号(連絡先)	当日体温(℃)	下記事項(※) 該当有無	左欄で下記事項(※) 有→該当事項を記入
1	代表者				有・無	
2		/	/		有・無	
3		/	/		有・無	
4		/	/		有・無	
5		/	/		有・無	

※利用当日以前2週間前において、下記事項に該当する方は、確認をいたしますので本部までお越しく下さい。
状況によって、代表者の方にご連絡させていただくことがあります。ご了承ください

- | | | |
|--|------------------|--------------------------------|
| ① 平熱を超える発熱 | ② 咳・のどの痛みなど風邪の症状 | ③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) |
| ④ 臭覚や味覚の異常 | ⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等 | ⑥ 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 |
| ⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 | | |
| ⑧ 過去14日以内に政府が入国制限、入国後の観察期間を必要とさせている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合 | | |

※提出していただいた個人情報は大会終了後、高体連札幌支部テニス専門部で保存し、1ヶ月後に破棄します。
また、新型コロナウイルス感染が発生した場合に、行政機関への提出以外の目的には使用しません。