

新型コロナウイルス感染防止チェックリスト

(参加当日の記入・提出をお願いします)

【※このチェックリストは持参可能ですが、参加当日の受付でも用意しております。】

新型コロナウイルス感染症対策として、スポーツ庁等が定めるガイドラインに従い、チェックリストの提出をお願いしています。

参加者の皆様には、お手数ですがチェックリストへの記入にご協力ください。

当日、受付での検温 _____℃

使用日：令和3年8月28日(土) 14時00分～16時00分

使用施設：三好市池田総合体育館「研修室」・「メインアリーナ」

事業名：「障がい者スポーツサポーター・フォローアップセミナー」

参加者名等：(住所) _____

(氏名) _____ (連絡先) _____

★次のチェック項目を確認し、□に✓してください

※下記項目に「ある」の記入があった場合は参加をご遠慮いただきます。

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | 平熱を超える発熱がある。(おおむね37.5度以上) |
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | 咳、のどの痛みなど風邪の症状がある。 (体調が良くない場合) |
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | だるさ、息苦しさがある。 |
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | 臭覚や味覚の異常がある。 |
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | 過去14日以内に新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との接触。(同居家族や身近な知人が感染を疑われている場合も含む) |
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | 過去14日以内に政府から入国制限、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。 |

(参加にあたってのお願い)

※こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒をお願いします。

※感染防止のために主催者が決めた措置や指示を遵守してください。

※事業終了後、2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告をお願いします。