

大会 確認書

____月____日

(大会当日、記入の上提出)

| | | | |
|-------|--|----|--|
| 記入責任者 | | | |
| 団体名 | | 電話 | |

※チェックリストに下記の項目に該当有るか無いかのチェックを記入ください。

| No. | 氏 名 | チェックリスト | |
|-----|--------|--|--|
| | | ※1 | ※2 |
| (例) | 神奈川 花子 | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> 該当無し |
| 1 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 2 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 3 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 4 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 5 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 6 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 7 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 8 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 9 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 10 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 11 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |
| 12 | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 該当無し |

※1 大会当日の体温は平熱を超えていません。

※2 大会前2週間は、以下の項目に該当は有りません。

- ・平熱を超える発熱が有った。
- ・だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)の症状が有った。
- ・嗅覚や味覚の異常が有った。
- ・体が重く感じる、疲れやすい等の感覚が有った。
- ・新型コロナウイルスと診断された方との濃厚接触があった。
- ・同居家族や知人に感染が疑われる方が居た。
- ・過去14日間に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国や地域への渡航または当該在住者との濃厚接触が有った。

・提出いただいた確認書について

- (1) 感染防止対策の物であり、他の目的では使用しません。
- (2) 大会終了後2週間以内に新型コロナウイルスを発症した方が居た場合は、参加者一覧を関係機関に公表致します。
- (3) 1ヶ月保存した後、廃棄処分します。