

令和 2 年 9 月 2 4 日

関係者各位

青森県卓球連盟事務局

## 連絡先および健康状態申告書

新型コロナウイルスの感染予防のため、全日本卓球選手権大会 青森県予選会の参加にあたって、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。

|                      |  |                             |                                     |
|----------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|
| ふりがな                 |  | 該当する回答に☑を付ける                |                                     |
| 参加者氏名                |  | <input type="checkbox"/> 役員 | <input type="checkbox"/> 監督(チーム代表者) |
|                      |  | <input type="checkbox"/> 選手 | <input type="checkbox"/> アドバイザー     |
| 所 属                  |  | 年齢：                         |                                     |
| 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<br>電話番号          |  |                             |                                     |
| 大会当日の体温              | ℃  |                             |                                     |
| 大会前 2 週間における以下の事項の有無 |  | ☑を付ける                       |                                     |
| 1                    | 平熱を超える発熱 (おおむね 3 7 度 5 分以上)                                | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし         |
| 2                    | 咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし         |
| 3                    | だるさ (倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難)                                      | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし         |
| 4                    | 嗅覚や味覚の異常   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし         |
| 5                    | 体が重く感じる、疲れやすい等   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし         |
| 6                    | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無                               | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし         |
| 7                    | 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"/> なし         |
| 8                    | 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 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし         |