

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）症状チェックリスト(必ず、自署願います)
大会に於けるガイドラインを厳守し、参加することを誓います。

日付

2022年 月 日

名前

年齢

_____歳

住所

〒

連絡先

メールアドレス _____

携帯電話番号

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（該当に○を付けてください）

- | | | |
|--|---|---|
| ①平熱を超える発熱 | 有 | 無 |
| ②咳やのどの痛みなど風邪の症状 | 有 | 無 |
| ③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） | 有 | 無 |
| ④嗅覚や味覚の異常 | 有 | 無 |
| ⑤体が重く感じる、疲れやすい等 | 有 | 無 |
| 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 | 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 | 有 | 無 |
| ⑧過去14日以内に政府から入国制限、入国後の経過観察を必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触 | 有 | 無 |