

しろやま倶楽部 15周年プログラム 参加票

(フリガナ) お名前		連絡先電話番号	
ご住所			

(未成年の方は以下もご記入ください)

保護者氏名		学校名	
保護者連絡先		学年	

健康チェック表

現在および過去2週間において以下の症状発生や条件に該当しますか。

1. 平熱を1℃以上超える発熱(平熱 ℃) □あり □なし
2. 咳 のどの痛みなど風邪の症状 □あり □なし

(1, 2については以下もご記入ください)

日付	体温	咳その他の風邪症状	日付	体温	咳その他の症状
/		□なし □あり()	/		□なし □あり()
/		□なし □あり()	/		□なし □あり()
/		□なし □あり()	/		□なし □あり()
/		□なし □あり()	/		□なし □あり()
/		□なし □あり()	/		□なし □あり()
/		□なし □あり()	/		□なし □あり()
/		□なし □あり()	/		□なし □あり()

3. だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) □あり □なし
4. 臭覚や味覚の異常 □あり □なし
5. 体が重く感じる 疲れやすい □あり □なし
6. 新型コロナウイルス感染症陽性とされたものとの濃厚接触がある □あり □なし
7. 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる □いる □いない
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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある □あり □なし

※当イベント参加後2週間以内に新型コロナウイルス陽性者と判定された場合は、速やかにしろやま倶楽部事務局までお知らせください。

※ご記入いただいた情報は当イベントの運営上の安全確保以外の目的では使用いたしません。

受付者記入欄	
参加日 10/10 10/31 11/14	参加イベント ボッチャ バドミントン 太極拳 ショートテニス ウォーク 展示 上映
参加時体温 ℃	受付者名