

## 連絡先および健康状態申告のお願い

岡山市レディース卓球連盟

新型コロナウイルス感染症の拡大予防のため今大会参加にあたって以下の情報提供をお願いいたします。ご記入のうえ、大会当日、受付にご提出ください。

なお、提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

年 月 日

チーム名		チーム責任者		連絡先（電話番号）	
------	--	--------	--	-----------	--

氏名	年齢	当日体温	大会前日から10日以内における以下の事項の有無			
			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
1			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
6			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
7			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
8			平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			倦怠感（だるさ、体が重い）、呼吸困難（息苦しさなど）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
			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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし