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の流行予防のため、以下の情報提供をお願い致します。ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出下さい。尚、提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

大会	名				大 会 日			年	月	日		
チー、	山名			チーム責任者			連絡先(電話番号)					
	•						•					
	氏 名	性別	当日体温	日体温 大会前日から7日間以内における以下の事項の有無								
				だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	□あり	□なし	せき、のどの痛み等	等風邪の症状、何 を関する。	本が重い、疲	れやすい	口あり	□なし
		₩ /.	,	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と	との濃厚接触の有無 □あり	□なし	同居家族や身近な	知人に感染が頻	みれる方が	発生	口あり	□なし
1		男・女	•	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				者との濃厚接触				□なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった	た場合は、ワクチン接種日を記	2入		2022年	月	月	口あり	□なし
				だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	□あり	□なし	せき、のどの痛み等	亭風邪の症状、体験 ではなる。	本が重い、疲	れやすい	口あり	□なし
0		男・女	•	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と	との濃厚接触の有無 □ あり	□なし	同居家族や身近な	知人に感染が類	みわれる方が	発生	口あり	□なし
2		ガ・ 女		政府から入国制限、入国後の観察期間を必	必要とされて いる国、地域等~	への渡航又	. は当該在住者との源				口あり	□なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった	た場合は、ワクチン接種日を記	已入		2022年	月	目	口あり	□なし
				だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	口あり	□なし	せき、のどの痛み等	ទ 風邪の症状、体	本が重い、疲	れやすい	口あり	□なし
3		男・女		新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と	との濃厚接触の有無 □ あり	□なし	同居家族や身近な	知人に感染が頻	みわれる方が	発生	口あり	□なし
3		77 - 4		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	は当該在住者との流	農厚接触			口あり	□なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった	た場合は、ワクチン接種日を記	己入		2022年	月	目	口あり	□なし
				だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常	□ あり	□なし	せき、のどの痛み等	・ 原風邪の症状、何ない。	本が重い、疲	れやすい	□あり	□なし
4		男・女		新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と	との濃厚接触の有無 □あり	□なし	同居家族や身近な	知人に感染が類	みわれる方が	発生	□あり	□なし
1				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							□あり	□なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった	た場合は、ワクチン接種日を記	己入		2022年	月	日	□あり	□なし
				だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常		□なし	せき、のどの痛み等				□あり	□なし
5		男・女		新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と	との濃厚接触の有無 □ あり	□なし	同居家族や身近な	知人に感染が頻	みれる方が	発生	□あり	□なし
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必	必要とされて いる国、地域等~	への渡航又	. は当該在住者との源	農厚接触			□あり	□なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった	た場合は、ワクチン接種日を記	己入	•	2022年	月	目	□あり	□なし
		男・女		だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常		□なし	せき、のどの痛み等				□あり	□なし
6			l L	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と		_ 0.0	同居家族や身近な		みれる方が	発生		□なし
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必			は当該在住者との源	農厚接触				□なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった	T T		•	2022年	月	日	-	□なし
				だるさ、息苦しさ、嗅覚や味覚の異常		□なし	せき、のどの痛み等					□なし
7		男・女		新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と			同居家族や身近な		みれる方が	発生	_	□なし
				政府から入国制限、入国後の観察期間を必			は当該在住者との流	T			-	□なし
				ワクチン接種の副反応により体温が上がった	た場合は、ワクチン接種日を記	2入		2022年	月	日	□ あり	□ なし