

健康確認書

団体名			
名前		年齢	歳
住所	〒		
連絡先電話番号	- -		
当日の検温結果		°C	
参加前2週間で以下の事項に該当するものにチェック☑をしてください。			
<input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱がある <input type="checkbox"/> 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状がある <input type="checkbox"/> だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がある <input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常がある <input type="checkbox"/> 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がある <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる <input type="checkbox"/> 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がある			

参加承諾書

堺体操協会 様

堺体操協会主催の行事への参加を承諾します。

令和 年 月 日

参加者名 _____

印

保護者名 _____

参加者が未成年の場合は必ず保護者欄にご記入ください