

## 健康確認シート申告のお願い

四日市バスケットボール協会  
会長 平井 富夫

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため以下の質問にご記入下さい。尚、記載された個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のための情報の管理を行うことを目的としたものであり、それ以外の目的では使用いたしません。

提出日 令和 年 月 日

(1)名前		
(2)住所		
(3)連絡先(電話番号)		
※(1)から(3)の項目については名刺での代用可		
当日の体温	(                      )	℃
<b>★大会 2 週間以内における以下の事項の有無</b>		
①平熱(37.5度)を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
②せき、のどの痛みなどの風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
③倦怠感や呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④2週間以内に新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑤同居家族や身近な知人に感染が疑われる者	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑥政府から入国制限、入国後の経過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