

# 健康チェックシート

講習会名:バラカヌーサポーター講習会 in カヌー・スラロームセンター

【基本情報】

※本イベント・講習会等に参加する方は、受付時に必ずご提出願います。

所属名		代表者名及び 連絡先	
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
名前		電話番号	
		E-MAIL	
住所	〒		

【イベント・講習会当日の体温】

当日の体温	起床時体温
9/24 (土)	℃

【イベント・講習会前2週間における以下の事項の有無】

※該当するものに「✓」を記入してください。

チェック項目	チェック欄
① 平熱を超える発熱がない	
② 咳(せき)、のどの痛みなどの 風邪症状がない	
③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない	
④ 臭覚や味覚の異常がない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等がない	
⑥ 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ない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない	
⑨ その他(気になることがありましたら記入ください。)	

【イベント・講習会期間中の滞在先】

※該当するものに「✓」を記入してください。

チェック欄

① 日帰り	
② 宿泊	
②を選択された方は、下記の事項について記入下さい。	
・宿泊期間 ( 日～ 日まで)	
・宿泊先 1) 東京都内 2) 東京都外 ( )	
宿泊施設:	電話番号:

(参加者が未成年の場合) 保護者または所属先代表者 確認欄

保護者または所属先代表者の氏名 (関係 )

電話番号 E-MAIL

確認日 年 月 日

※本健康チェックシートは、本イベント・講習会において新型コロナウイルス感染症拡大防止のために、参加者の健康状態を確認することを目的としており、記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、来場の可否及び必要な連絡のためのみに利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、イベント・講習会実施会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に提供することがあります。