健康チェックシート

稲城市体育協会　殿

参加日（　　年　　月　　日）
氏　名（　　）
連絡先（　　）

新型コロナウィルス感染症拡大防止対策として、以下の５点を十分に考慮し参加することを確認します。

※ご確認のうえ、チェック欄に「レ」をご記入ください。

☐ 私の体温は(　　)℃です。また、咳・咽頭痛・発熱等の症状はありません。
☐ 私はマスクを持参しました。プレー中以外はマスク着用します。
☐ 私は適宜手洗いやアルコール等で手指消毒を行います。また、咳エチケットを守ります。
☐ 私は他の参加者や主催者スタッフとの身体的距離の確保に努めます。
☐ 私は参加後、２週間以内に新型コロナウィルス感染症を発症した場合は、主管者(テニス連盟)に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告します。（感染者発生時に追跡を可能にするため）

※この確認書は主管者が１ケ月間保管後、シュレッダーで裁断し廃棄処分します。

――――――――――――――――――――― 切り取り ―――――――――――――――――――――――――――――

健康チェックシート

稲城市体育協会　殿

参加日（　　年　　月　　日）
氏　名（　　）
連絡先（　　）

新型コロナウィルス感染症拡大防止対策として、以下の５点を十分に考慮し参加することを確認します。

※ご確認のうえ、チェック欄に「レ」をご記入ください。

☐ 私の体温は(　　)℃です。また、咳・咽頭痛・発熱等の症状はありません。
☐ 私はマスクを持参しました。プレー中以外はマスク着用します。
☐ 私は適宜手洗いやアルコール等で手指消毒を行います。また、咳エチケットを守ります。
☐ 私は他の参加者や主催者スタッフとの身体的距離の確保に努めます。
☐ 私は参加後、２週間以内に新型コロナウィルス感染症を発症した場合は、主管者(テニス連盟)に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告します。（感染者発生時に追跡を可能にするため）

※この確認書は主管者が１ケ月間保管後、シュレッダーで裁断し廃棄処分します。