①

新型コロナウイルス感染症リスクチェックシート　　鳥取県ボウリング連盟

年　月　日	支部名

フリガナ	性	名	会員番号
氏名			ー　ー
生年月日	年　月　日　満　歳		
住所	〒　電話（携帯）		

直近2週間以内の該当する項目に☑	（時期）
□　平熱を超える発熱があった（おおむね37ど分以上）	（　）
□　咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状があった	（　）
□　だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）があった	（　）
□　嗅覚や味覚の異常ががあっつた	（　）
□　体が重く感じる、疲れやすい等	（　）
□　新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触があった	（　）
□　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	（　）
□　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、地域等へ渡航した	（　）
□　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、地域等の滞在者と濃厚接触があった	（　）

※本書面はイベント・競技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、参加する方は入場時に必ずご提出願います。また、個人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・競技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な範囲で保健所等に提供する事がが有ります。

※本書面の記載内容や参加者の健康状態により参加をお断りする場合もありますので予めご了承ください。

私は、上記事項について同意します。

令和　年　月　日　（未成年者の場合）

本人署名　印　親権者署名　印

【主催者記入欄】

受付時 検温　度　分	入場可否	可　・　否