

(受付提出)

受 付 票 (自己申告書)

当日確認

開 催 日	令和3年 月 日	支部名		立順	番
氏 名				年齢	歳
住 所					
連絡先 (TEL)					
マスク着用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
体温測定	<input type="checkbox"/> 37.5° 未満	<input type="checkbox"/> 37.5° 以上 (° C)			
<p>当日前2週間における以下の事項の有無 (☑)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱</p> <p><input type="checkbox"/> 咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状</p> <p><input type="checkbox"/> だるさ (倦怠 (けんたい) 感)、息苦しさ (呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常</p> <p><input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等</p> <p><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の有無</p> <p><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</p> <p><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</p> <p style="text-align: right;">保存期間 (最低1月以上)</p>					

(受付提出)

受 付 票 (自己申告書)

当日確認

開 催 日	令和3年 月 日	支部名		立順	番
氏 名				年齢	歳
住 所					
連絡先 (TEL)					
マスク着用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
体温測定	<input type="checkbox"/> 37.5° 未満	<input type="checkbox"/> 37.5° 以上 (° C)			
<p>当日前2週間における以下の事項の有無 (☑)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱</p> <p><input type="checkbox"/> 咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状</p> <p><input type="checkbox"/> だるさ (倦怠 (けんたい) 感)、息苦しさ (呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常</p> <p><input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等</p> <p><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の有無</p> <p><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</p> <p><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</p> <p style="text-align: right;">保存期間 (最低1月以上)</p>					