

(受付提出)

受付票 (自己申告書)

No. \_\_\_\_\_

当日  
確認

審査日・大会日	令和 年 月 日	所属団体:	
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)		
審査日・大会日前2週間における以下の事項の有無(☑)			
☐ 無			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等			
<input type="checkbox"/> <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			
<input type="checkbox"/> <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			
<input type="checkbox"/> <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			

保存期間(最低1月以上)

(切り取り線)

(受付提出)

受付票 (自己申告書)

No. \_\_\_\_\_

当日  
確認

審査日・大会日	令和 年 月 日	所属団体:	
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)		
審査日・大会日前2週間における以下の事項の有無(☑)			
☐ 無			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等			
<input type="checkbox"/> <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			
<input type="checkbox"/> <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			
<input type="checkbox"/> <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			

保存期間(最低1月以上)