

第 6 回 サイクルイベント in 田子町 健康チェックシート

※本会場受付時に必ず提出願います。

所属名 (チーム名等)		代表者氏名 連絡先	
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
氏 名		電話番号	
		E-mail	
住 所	〒		

【イベント当日の体温】 _____℃

【イベント前 2 週間における以下の事項の有無】※該当するものに「レ」を記入してください。

No	チェック項目	チェック欄
1	平熱を超える発熱が無い	
2	咳(せき)、喉(のど)の痛みなどの 風邪の症状が無い	
3	だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)が無い	
4	臭覚・味覚の異常が無い	
5	身体が重く感じる、疲れ易い等が無い	
6	新型コロナウイルス感染症陽性者とされた者との濃厚接触が無い	
7	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が居ない	
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無い	
9	その他(気になることがありましたら記入ください)	

【イベント期間中の滞在先】※該当するものに「レ」を記入してください。

No	内 容	チェック欄
1	日帰り	
2	宿泊	
3	前泊キャンプ・車中泊 (農山村広場に限る)	
2: 宿泊を選択された方は、下記の事項に記入ください。		
➢ 宿泊期間(日～ 日迄)		
➢ 宿泊先施設名()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: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※チェック欄に記入した日

※本健康チェックシートは、本イベント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にのみ利用します。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、イベント実施会場にて感染者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ことがあります。