

第87回全日本大学総合卓球選手権大会・個人の部 新型コロナウイルス感染症 健康状況申告書兼大会参加・入場同意書（10月14日～10月28日）

	10月14日	10月15日	10月16日	10月17日	10月18日	10月19日	10月20日	10月21日	10月22日	10月23日	10月24日	10月25日	10月26日	10月27日	10月28日	10月29日	10月30日	10月31日			
1 平熱を超える発熱 (37度5分以上)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	2日目以降のチェックリストは 日本学生卓球連盟ホーム ページに掲載されている URLからスマートフォンで 行ってください。 スマートフォンに対応できない 場合は、用紙をお渡しいたしま すので受付にて申し付けくだ さい。					
2 咳(せき)、のどの痛みなど風邪 の症状	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし				あり なし	あり なし	あり なし
3 倦怠(けんたい)感(だるさ・体が 重い・疲れやすいなど)、呼吸困 難(息苦しさなど)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし				あり なし	あり なし	あり なし
4 嗅覚や味覚の異常	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし				あり なし	あり なし	あり なし
5 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	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし				あり なし	あり なし	あり なし
6 同居家族や身近な知人に感染 が疑われる方がいる	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし				あり なし	あり なし	あり なし
7 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	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし				あり なし	あり なし	あり なし
8 当日の起床時体温(例:36.2)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃			
10 ワクチン接種	接種済 ・ 未接種		2回目の接種日 : 月 日 ※新型コロナウイルス感染症に対するワクチンの接種で十分な免疫 ができる期間を知るためです。						ファイザー社製[]・武田/モデルナ社製[]・アストラゼネカ社製[] ※接種したのはどの会社製のワクチンか該当するものに○をしてください。 ※必要な場合は2回目のワクチン接種日を証明できるものをお見せください。												
9 2週間以内にワクチン接種による 発熱	あり 月 日 ~ 月 日にかけ、ワクチン接種による発熱がありました。								なし (ワクチン接種が2週間以前の方、発熱しなかった方、また未接種の方 は なし を選択)												
私は、「新型コロナウイルス感染防止ガイドラインについて」を良く読み内容を理解致しました。健康状況申告書兼大会参加・入場同意書の記載内容に偽りはなく、右記の事項に同意いたします。 ・主催者が感染対策を行っていても、新型コロナウイルス感染症にかかるリスクがあることを承知し、大学本部及び保護者の承諾を得た上で本大会に参加致します。 ・大会期間中、「新型コロナウイルス感染防止ガイドラインについて」を遵守の上実行し、主催者の指示に従います。 ・万が一、大会関係者に新型コロナウイルス感染症患者、またはその疑いがある方が確認された場合、調査機関へ必要な情報を開示いたします。 ・大会終了後2週間以内にこの大会に参加・入場した関係者で新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに報告いたします。																					
所属:(大学名・会社名・連盟)					氏名: (自署)					連絡先:(携帯または自宅)					〒 - 住所:						