

体調記録票(大会の2週間前から測定をお願いします)

愛知県自転車競技連盟

COVID-19感染拡大防止を図るため、必ず当日選手受付時に提出してください。

あなたは ○印にて記載 (選手 ・ 保護者 ・ 選手サポートスタッフ ・ 大会役員・スタッフ)

※本票に記載された個人情報は、事務の目的を果たすために必要なものであり、個人情報保護条例に基づき適正に管理すると共に目的以外に利用・保有はしません。

※必要に応じて保健所に提出する場合がありますのでご了承ください。

記載に関して 間違いのないように正確に、きれいな文字で(鉛筆記入不可)記入の事、事務局での読み取り不明の場合は不受理と致します。

受付番号	EB20-		
フリガナ		住所	年齢
氏名		電話番号(昼間連絡が取れる電話)	

測定日	測定時間	体温(℃)	症状 (咽頭痛、咳、痰、呼吸困難、下痢、嘔吐、腹痛 等)	備考
8月24日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8月25日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8月26日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8月27日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8月28日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8月29日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8月30日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8月31日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
9月1日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
9月2日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
9月3日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
9月4日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
9月5日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	

大会当日(朝出かける前に必ず測定)

測定日	測定時間	体温(℃)	症状 (咽頭痛、咳、痰、呼吸困難、下痢、嘔吐、腹痛 等)	備考
9月6日	:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	

★下記設問にも必ずお答えください。

・ご本人及び同居家族や身近な知人に感染が疑われた方がいませんか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
・過去に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等はありませんか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
・過去14日以内に入国制限や入国後観察が必要とされている国や地域への渡航又は当該該当者と濃厚接触等はありませんか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

★少しでも体調が良くない場合は参加を辞退して下さい！！

主催者記入欄

手指消毒	マスク着用	検温	体調記録票受理	参加料受理	IDカード配布
		℃	/	¥	カードNO