

受講者健康調査票

受講区分	9人制 6人制	チーム名 又は 所属連盟	
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
氏名		携帯電話番号	
		Eメール アドレス	
自宅住所	〒		

チェック項目(過去2週間以内の様子について、各項目にお答え下さい。)		どちらかに○をつけて下さい
①	平熱を越える発熱があったか?	ある ・ なし
②	咳(せき)、のどの痛み等風邪の症状はあったか?	ある ・ なし
③	だるさや息苦しさはあったか?	ある ・ なし
④	嗅覚や味覚の異常はあったか?	ある ・ なし
⑤	体が重く感じる、疲れやすい等の症状はあったか?	ある ・ なし
⑥	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と濃厚接触はあったか?	ある ・ なし
⑦	同居家族や身近な知人に感染が疑われる人はいるか?	ある ・ なし
⑧	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はあったか?	ある ・ なし
当日の体温(月 日)		°C

上記の通り当日の健康状態に問題はありません。
必要な感染症対策を行った上で参加します。

令和4年 月 日

本健康調査票は、静岡県バレーボール協会審判委員会が講習会において、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、来館者の健康状態を確認することを目的としています。

本健康調査票に記入いただいた個人情報について、主催者は、厳正なる管理のもとに保管し、講習会運営関係者の健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、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、講習会会場にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合は、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。