

《大会当日 受付時にご提出ください》【健康調査一覧表】 令和3年度 第20回 静岡県レディースダブルス卓球交流大会

役員 確認欄 全員の ×を確認し し点を 記入	大会開催日	令和3年11月21日(日)	大会会場	静岡市長田体育館
	責任者氏名		所属チーム	
	責任者住所	〒		

大会前2週間における以下の事項の有無の確認
(無しの場合× ありの場合○ を記入)
※一つでも「あり○」の場合は参加を中止してください。

No.	氏 名	年 齢	当日 の 体温	住所 電話番号	37.5° 以上の 発熱	咳・喉の 痛み等 風邪の症状	倦怠感 息苦し さ	臭覚 味覚 異常	感染者 との 濃厚接触	同居家族 身近な知人 の感染者	渡航歴等 渡航者との 接触
1				住所							
				TEL							
				住所							
				TEL							
2				住所							
				TEL							
				住所							
				TEL							
3				住所							
				TEL							
				住所							
				TEL							
4				住所							
				TEL							
				住所							
				TEL							

※大会終了後2週間以内に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濃厚接触者の有無等について報告してください。