

令和3年度 弓道事業中央委員健康管理シート

新型コロナウイルス感染症拡大防止 個人健康チェックシート

令和3年度、コロナ禍における弓道事業実施に伴い中央委員を担当する際に、新型コロナウイルス感染症拡大を防止するため、中央委員の健康状態を確認することを目的としています。

ご記入いただいた個人情報については、公益財団法人全日本弓道連盟が適切に取り扱い、中央委員の健康状態の把握、事業を担当いただくための判断及び必要な連絡をするために利用します。

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、本人の同意を得ずに第三者への提供はいたしません。ただし、事業開催会場で感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

☐ 個人情報の取得・利用・提供に同意する。☒ ※上記内容に同意する場合は☑を入れてください

※弓道事業出張6日前から記入し、事業開催会場の初日にて検温をし、主管地連事務局に提出してください。

※出張業務が2日以上の方は、弓道事業実施会場にて検温を行い、チェックシート№15に記入してください。

記入方法：下記事項に該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入してください。 体温は0.1℃単位の数字を記入してください。

■業務当日の6日前から下記項目1～14で該当する丸がある場合、また平熱を超える発熱（おおむね37.5℃以上）あった場合は、本連盟事務局に連絡の上、出張を控えてください。

No.	チェックリスト	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	当日	翌日	翌々日	
1	のどの痛みがある										
2	咳が出る										
3	痰が出たり、からんだりする										
4	鼻水、鼻詰まりがある※アレルギーは除く										
5	頭が痛い										
6	体のだるさなどがある。										
7	発熱の症状がある										
8	息苦しさがある										
9	味覚異常がある(味がしない)										
10	臭覚異常がある(匂いがしない)										
11	下痢の症状がある										
12	薬用服用(解熱剤等で上記症状を緩和させる薬剤)										
13	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる										
14	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がある。										
15	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	

氏名：

住所：

連絡先：

事業名：

期 日：令和 年 月 日～ 月 日

会場名：

公益財団法人全日本弓道連盟
東京都新宿区霞ヶ丘町4-2

TEL：03-6447-2980

※事業終了後、主管地連事務局へ提出すること。