

都市間交流スポーツ大会  
(参加申込兼問診票)

令和4年4月3日  
(住吉武道館弓道場)

(ふりがな) 氏 名	生年月日(西暦)	性別
	年 齢 (令和5年3月31日現在)	男・女
所属クラブ	称号・段位	
住 所	連絡先 自宅・携帯	
勤務先名	勤務先 住所	
勤務先電話		

※ 選考会当日を含めて、過去4日間の検温をご記入下さい

3/31 度 分、 4/1 度 分、 4/2 度 分、 4/3 度 分(自宅にて)

問 診 票

※ 以下の質問にあてはまるものに☑をつけて下さい

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 平熱を超える熱がある( おおむね 37度0分以上 ) | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と濃厚接触がある                                 |
| <input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状がある      | <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる                                      |
| <input type="checkbox"/> だるい(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある     | <input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、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がある |
| <input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚に異常がある                | <input type="checkbox"/> 特に体調の異常はない  |
| <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等がある          |  |

※ 本日より、14日以内に発熱等の体調異常があった場合は、遅滞なく府連事務局にご連絡下さい

※ 問診票部分は、1カ月経過後、シュレッダーにより廃棄処分します。