

提出先 名古屋市アーチェリー協会

記入日： 年 月 日

## 問診票 兼 参加同意書

- ・本問診票を印刷して、受付時に提出してください。(日本スポーツ協会の感染拡大予防ガイドラインにご協力ください)
- ・会場に入場する、参加者・役員全ての入場者が対象で、1人につき1枚をご記入ください。
- ・会場内では、SL上で行射する以外は必ずマスクを着用し、他者との距離を2m確保してください。
- ・新型コロナウイルス感染症陽性者や濃厚接触のある方は、参加をお断りいたします。
- ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合は、参加をお断りいたします。
- ・講習会終了後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、協会に対して速やかに報告してください。
- ・感染予防対策以外に利用しません。日本スポーツ協会のガイドラインに従い指定期間後は廃棄します。

**本日の体温：** . 度 (37.5度以上の方は、参加をお断り致します。)

1. 過去14日以内に、以下に記載する症状があった。 いいえ・はい
- ※以下の症状がある場合は参加をお断り致します。
- 平熱を超える発熱(おおむね37度以上)。※注
- 咳(せき)、のどの痛みなどの風邪の症状。※注
- ※注:総合感冒薬や解熱剤、咳止め等の薬を飲み続けなければならないときも含まれます。
- 鼻詰まりがないのに味覚や嗅覚に異常がある、味や匂いがわからない。
- 息苦しさ(呼吸困難)、強いだるさ(倦怠感)の症状。
2. 過去14日以内に、クラスター発生施設等への訪問歴がある。 いいえ・はい
3. 過去14日以内に、海外あるいは緊急事態宣言発出中の地域への訪問・滞在などがあった。 いいえ・はい
- ( 訪問先: \_\_\_\_\_ )
4. 保護者が講習会への参加に同意して署名している。 はい・いいえ
5. 本問診票を講習会開催日より1カ月は保存管理し、必要に応じて保健所等へ提出することに同意します。 はい・いいえ

所属(学校・クラブ): \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

電話番号(未成年は保護者連絡先): \_\_\_\_\_

保護者署名(高校生以下必須): \_\_\_\_\_ (印)