

新型コロナウイルス感染拡大防止 チェックシート

氏名 _____

体温 _____

MAIL _____

TEL _____

【過去10日間における以下の事項の有無】

平熱を越える発熱	はい	いいえ
咳・のどの痛みなどの風邪の症状	はい	いいえ
倦怠感(だるさ) 息苦しさ	はい	いいえ
嗅覚や味覚の異常	はい	いいえ
痰・胸部不快感	はい	いいえ
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触	はい	いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方の有無	はい	いいえ
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、地域等への渡航歴または当該在住者との濃厚接触の有無	はい	いいえ

* 事前にご記入の上、ご持参くださいますようお願いいたします。

* 本チェックリストにより提出された情報は、個人情報保護方針に基づいてお取り扱いいたします。

- ・上記の項目に該当する場合、ご来場をお控えください。
- ・マスクをご持参ください。(プレー中以外は、マスクの着用をお願いいたします。)
- ・イベント終了後、10日以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合、速やかにご連絡をお願いいたします。

SWCS / HEADQUARTER

TEL 042-426-8737

contact@sakurada-wcs.com