

教室参加確認書

吹田市テニス連盟

大会注意事項を厳守し、土曜ナイター・日曜教室に参加します。

(必ず、自署してください)

日付：令和3年____月____日

氏名：_____

教室クラス：(土曜ナイター ① ② ③ ④ 日曜 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧) ○で囲んで下さい

連絡先 (携帯電話番号) _____

当日朝の体温 _____ 度

※教室前2週間における以下の事項についての有無に○を入れてください。

1. 咳、のどの痛みなど風邪の症状 【有・無】
2. 平熱を超える発熱 【有・無】
3. 味覚・嗅覚の異常 【有・無】
4. 体のだるさ、重く感じる、疲れ易さ 【有・無】
5. 胸痛、息苦しさ 【有・無】
6. 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 【有・無】
7. 同居する家族や身近な人に感染が疑われる方 【有・無】
8. 過去2週間以内に政府から入国制限、入国後の経過観察を必要とされている国、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触 【有・無】

★上記内容「有」に該当するものがある場合は参加をご遠慮ください

※これにより得た個人情報を利用目的以外に使用いたしません