

バッチテスト会に関する確認書

令和3年12月19日

宮城県体操協会 宮城県トランポリン委員会委員長 殿

所属先 _____
(学校名) _____ 立 _____ 学校 _____ 学年 _____
氏名 _____ 年齢 _____
保護者 _____ ⑩ _____
住所 _____
連絡先(電話番号) _____
バッチテスト会当日の体温 _____ °C

区分 (受講者・バッチテスト会役員・判定員・保護者)

(該当区分を○印で囲んでください。)

下記の健康状態について、該当する事項はありませんので、主催者の指示に従い
バッチテスト会に参加いたします。

(※下記の事項に該当する場合は、バッチテスト会の参加を見合わせること。)

記

○バッジテスト会前2週間における健康状態について

(健康状態の有無について、該当する方に☑をお願いします。) 有 無

- ア) 平熱を超える発熱
- イ) 咳(せき), のどの痛みなど風邪の症状
- ウ) だるさ(倦怠(けんたい)感), 息苦しさ(呼吸困難)
- エ) 嗅覚や味覚の異常
- オ) 体が重く感じる, 疲れやすい等
- カ) 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触の有無
- キ) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
- ク) 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
がある場合

※ 御記入いただいた個人情報については、万が一感染が発生した場合以外に使用することはありません。