第27回　全日本クラブソフトテニス選手権大会　新型コロナウィルス感染症対策 チェックシート（受付時に提出）

種別　：　男子　・　女子　　ｴﾝﾄﾘｰNo.　　チーム名　　記載者

令和２年　　月　　日（大会第　　日目）

公益財団法人　日本ソフトテニス連盟

役　職	監　督	選手1	選手2	選手3	選手4	選手5	選手6	選手7	選手8
氏　名									
住　所									
連絡先電話番号									
体温（受付時検温）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸困難・息切れの有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
倦怠感の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
咳の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
味覚異常・嗅覚異常	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
その他の感冒様症状	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
新型コロナウィルス感染症と確定診断された人、又は感染が疑われる人との濃厚接触がありましたか？	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
政府から入国制限、入国後の観察機関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りましたか？	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無

※ 1．本チェックシートの記入は、マイペンシルを使用し、**ペンの廻し記入はお控えください。**

2．本チェックシートは、感染防止対策以外の用途では使用いたしません。なお、大会終了後1か月間保管いたします。

確 認 印 （競技委員長）	