

健康状態申告書（群馬県剣道連盟用）

令和3年度群剣連秋季本部講習会(役員・講師・受審者用)

| 氏名 | | | 住所 | | | | |
|----------------------------------|----|--------------------------------|------------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 携帯番号 | | | 年齢 | | | | |
| 日付 | 体温 | 発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状 | 頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚味覚障害 | 感染の流行地域への14日以内の訪問歴 | 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 | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいるか | 基礎疾患について（糖尿病・心不全・免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている） |
| 10月3日(日) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月4日(月) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月5日(火) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月6日(水) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月7日(木) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月8日(金) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月9日(土) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月10日(日) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月11日(月) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月12日(火) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月13日(水) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月14日(木) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月15日(金) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月16日(土) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月17日(日) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 新型コロナワクチン接種状況確認 (確認チェックは任意です) | | <input type="checkbox"/> 1回接種済 | | <input type="checkbox"/> 2回接種済 | | <input type="checkbox"/> 接種していない | |
| 誓約 | | 記載事項に間違いはありません。 本人署名 | | | | | |

※1 収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人同意がある場合を除き、他に利用及び提供することは致しません。

- 2 参加者に感染者が出た場合は、保健所等からの聞き取り調査への協力をお願いします。
- 3 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。
- 4 参加者には、14日間を目安に1日1～2回程度、発熱の有無の確認をお願いします。
- 5 PCR検査等を受診した場合には、必ず群馬県剣道連盟への連絡をお願いします。
- 6 家族、近親者、濃厚接触者に新型コロナウイルス感染者がいた場合にも、必ず群馬県剣道連盟へ連絡をお願いします。

健康状態申告書（群馬県剣道連盟用）

令和3年度群剣連秋季本部審査会(役員・審査員・受審者・係員用)

| 氏名 | | | 住所 | | | | |
|----------------------------------|----|--------------------------------|------------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 携帯番号 | | | 年齢 | | | | |
| 日付 | 体温 | 発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状 | 頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚味覚障害 | 感染の流行地域への14日以内の訪問歴 | 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 | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいるか | 基礎疾患について（糖尿病・心不全・免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている） |
| 10月17日(日) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月18日(月) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月19日(火) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月20日(水) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月21日(木) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月22日(金) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月23日(土) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月24日(日) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月25日(月) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月26日(火) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月27日(水) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月28日(木) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月29日(金) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月30日(土) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10月31日(日) | | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 新型コロナワクチン接種状況確認 (確認チェックは任意です) | | <input type="checkbox"/> 1回接種済 | | <input type="checkbox"/> 2回接種済 | | <input type="checkbox"/> 接種していない | |
| 誓約 | | 記載事項に間違いはありません。 本人署名 | | | | | |

※1 収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人同意がある場合を除き、他に利用及び提供することは致しません。

- 2 参加者に感染者が出た場合は、保健所等からの聞き取り調査への協力をお願いします。
- 3 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。
- 4 参加者には、14日間を目安に1日1～2回程度、発熱の有無の確認をお願いします。
- 5 PCR検査等を受診した場合には、必ず群馬県剣道連盟への連絡をお願いします。
- 6 家族、近親者、濃厚接触者に新型コロナウイルス感染者がいた場合にも、必ず群馬県剣道連盟へ連絡をお願いします。