

感染症防止対策チェックシート

参加日 令和4年9月 日()

氏名

TEL

受付時の検温	°C
--------	----

マスクの持参	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

◎ 下記の該当する項目に☑してください。(2週間前～現在までの期間)

確認事項	有	無	備考
体調不良（発熱・のどの痛み等風邪の症状、及び味覚障害などがある場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
感染が疑われる同居人や身近な人との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
現在も感染者がでている地域・国への渡航歴または当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施設管理者が定めた施設利用のお願いや自主事業開催に伴うお願いに従います。	承諾 します	<input type="checkbox"/>	
利用終了後、2週間以内に新型コロナウイルスを発症した場合は施設に対して速やかに報告します。		<input type="checkbox"/>	

※ チェックシートは必ずご記入をお願いします。

※ 体調に異常がある場合は、参加をご遠慮いただく場合があります。

このチェックシートは、青森県武道館で厳重に保管いたします。

青森県武道館