町体育施設　体調管理シート（　　施設）令和３年１０月～

令和　　年　　月　　日

団体名		代表者 氏名	
代表者 住所		代表者 電話番号	

※　代表者氏名は，当日参加している方の中から記入してください。

＜確認事項＞

【本日及び過去２週間について】

- 風邪の症状（のどの痛み，咳，発熱等）がある者はいません。
- だるさ，息苦しさ，嗅覚や味覚の異常などがある者はいません。
- 体が重く感じる，疲れやすいなどの症状がある者はいません。
- 同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいる者はいません。
  （家族・知人等に体調不良者がいる場合は，御利用をお控えください）
- 新型コロナウイルス感染症陽性の方や感染が疑われる方との接触がある者はいません。
- 政府から入国制限等をされている国への渡航又は当該在住者との接触がある者はいません。

利用者氏名（足りない場合は別添可）

氏　名	体　温	氏　名	体　温

※　体調確認は，町体育施設に入る前に行ってください。

※　上記の確認事項等に係る個人情報ついては，厳正に管理し，新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止以外の目的には利用いたしません。