（様式１）

令和４年度公益財団法人福島県スポーツ協会

チャリティーボウリング健康チェックシート

|  |  |
| --- | --- |
| ①所　　属 | 役員　・　賛助会員　・　特別会員　・　加盟競技団体  ※該当するところを〇で囲んでください。 |
| ※所属先名をお書きください。 |
| ② |  |
| ③住　　所 |  |
| ④電話番号 |  |
| ⑤当日の体温 |  |
| ○開催前２週間における以下の事項の有無  （該当する場合はチェック☑　を入れてください）  □ 平熱を超える発熱  □ 咳（せき）、のどの痛みなどの風邪症状  □ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）  □ 臭覚や味覚の異常  □ 体が重く感じる、疲れやすい等  □ 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方がいる  □ 過去１４日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が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  ※この健康チェックシートは、必ず御自宅で御記入ください。  ※上記チェック項目に１つでも☑　がついた場合は、事務局まで御連絡ください。  （公財）福島県スポーツ協会事務局　TEL：024-521-7896 | |

※個人情報につき、厳重に取り扱います。使用目的外への使用は行いません。

※健康チェックシートの保存期間は、本事業開催後１ヶ月とし速やかに破棄します。

※本用紙が足りない場合は、恐れ入りますが各々でコピー願います。