

- \* 参加する当日の朝に、ボールペンで下記の感染防止チェックリストへ記入し、保護者の署名の上、会場の受付に提出してください。
- \* 受付時に提出できない、もしくはチェックリストの(1)～(8)のいずれかの“あり”に☑がある場合、入場を控えていただく場合があります。
- \* 保護者署名欄以外は、生徒本人が記入しても構いません。
- \* 個人情報、感染者が発生した場合や濃厚接触者が発生した場合などの緊急時関係各所への連絡以外には使用いたしません。

日 付	令和2年11月 日
学 校 名	
氏 名	
氏 名	
住 所	
緊急連絡先	保護者 続柄 ( ) TEL :
本日の体温	度 分

## 感染防止チェックリスト

(1)～(8)については、本日より2週間前まで、以下の事項の有無について答えてください。

チェック項目	* 該当する方へ✓を入れてください。	
	あり	なし
(1) 平熱を超える発熱 (おおむね37度5分以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 咳 (せき)、のどの痛みなどの風邪の症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) だるさ (倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 体が重く感じる、疲れやすいなどの症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 新型コロナウイルス感染症の陽性とされた者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 感染が疑われる同居家族や身近な知人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 過去14日以内に、政府から入国制限または、入国後の観察期間が必要とされている国や地域等への渡航、または当該在住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) マスクの持参	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記の回答に相違ありません。

保護者名 (自署) \_\_\_\_\_