

徳島県剣道連盟 審査会入場時チェック票

剣道審査会に伴い、入場時における下記事項に関し記入をお願いします。

令和4年8月28日(日)

審査会場(ソイジョイ武道館)

受審者住所			連絡先		
受審者氏名			年齢	歳	
保護者氏名			年齢	歳	
質 問 事 項					
受審者 記入欄			受審者 記入欄		
1 入場受付時の体温					
度			度		
2 施設利用2週間における以下の事項の有無					
① 平熱を超える発熱(おおむね37度5分以上)					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
② 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
③ だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
④ 臭覚や味覚の異常					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑥ 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の有無					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑧ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を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場合					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

※左半分が受審者、右半分が保護者欄です。該当する□にレ点を記入して下さい。

※チェック表は主催者が1か月保存し、経過した場合責任を持って処分します。

徳島県剣道連盟 審査会入場時チェック票

剣道審査会に伴い、入場時における下記事項に関し記入をお願いします。

(徳島県剣道連盟 審査員・スタッフ用)

令和4年8月28日(日) 審査会場(ソイジョイ武道館)

住所		連絡先	
氏名		年齢	歳

質問事項	
1 入場受付時の体温	
	度
2 施設利用2週間における以下の事項の有無	
① 平熱を超える発熱(おおむね37度5分以上)	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
② 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
③ だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
④ 臭覚や味覚の異常	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑥ 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の有無	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑧ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とさ	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

※該当する□にレ点を記入して下さい。

※チェック表は主催者が1か月保存し、経過した場合責任を持って処分します。