

健康状態申告書

利用施設及び時間

施設名 時間 時 分 ~ 時 分

団体名				大会名					
番号	①氏名・年齢	②性別	③住所 (群馬県在住は市町村から。他都道府県の方は都道府県から)	④発熱、 咳、全身倦怠感等の感冒様症状	⑤頭痛、下痢 結膜炎、嗅覚 味覚障害	⑥感染の流行 地域への14日 以内の訪問歴	⑦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	⑧同居家族や 身近な知人に 感染が疑われ る者がいるか	⑨緊急時連絡先 (携帯電話番号) 携帯のないお子さんの場合 は保護者の番号
①	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
②	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
③	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
④	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑤	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑥	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑦	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑧	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑨	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑩	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑪	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑫	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑬	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑭	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑮	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑯	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑰	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑱	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑲	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
⑳	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
㉑	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
㉒	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
㉓	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
㉔	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
㉕	(オ)	男性 女性		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	

誓約

記載事項に間違いはありません。
※誤り又は虚偽の記載がある場合には、**団体及び個人の今後の利用を制限**させていただく場合もございます。
(責任者サイン欄)

※1 収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人同意がある場合を除き、他に利用及び提供することは致しません。

- 参加者に感染者が出た場合は、保健所等からの聞き取り調査への協力をお願いします。
- 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。
- 参加者には、14日間を目安に1日1~2回程度、発熱の有無の確認をお願いします。
- PCR検査等を受診した場合には、必ずALSOKぐんま総合スポーツセンターへの連絡をお願いします。
- 家族、近親者、濃厚接触者に新型コロナウイルス感染者がいた場合にも、必ずALSOKぐんま総合スポーツセンターへ連絡をお願いします。