スポーツ施設利用に係る確認事項

補助競技場トラック利用

１　お名前をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

２　アかイのいずれかを記入ください。

ア　利用者ＩＤ番号

|  |
| --- |
|  |

イ　年齢・住所・連絡先（電話番号）

|  |  |
| --- | --- |
| 年齢 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |

ウ　利用者の該当する区分にご記入ください

□　小・中学生　□　高校生　□　大人

３　以下の項目をチェックしてください。

利用当日の体温

* + 平熱である　　（３７．５度未満）

過去２週間以内に以下の１～８に該当がないか確認してください。

□　該当なし

１　平熱を超える発熱があった。

２　咳，のどの痛みなど風邪の症状があった。

３　だるさ（倦怠感），息苦しさ（呼吸困難）があった。

４　嗅覚や味覚の異常があった。

５　体が重く感じる，疲れやすいなど感じることがあった。

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があった。

７　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいた。

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った。

　　※１～８に該当する方は利用を自粛して頂きますようお願いします。

管理者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 利用日時 |  |
| 利用内容等 |  |
| 対応者 |  |