沖縄県ミニバスケットボール連盟

健康チェックシート（選手＆スタッフ用）

オールスター選考会	令和4年　　月　　日（　　）

当日に書面を記入し、提出確認の協力をお願い致します。

シートは当日、朝の受付の際に役員（総務部）へ提出確認をお願いします。

選考会前２週間における下記の項目に該当する方は、本日の選考会への参加は控えてください。
①平熱を超える発熱がない
②咳（せき）、のどの痛みなどの 風邪症状がない
③だるさ（倦怠感）息苦しさ（呼吸困難）がない
④臭覚や味覚の異常がない
⑤体が重く感じる、疲れやすい等がない
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がない
⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない
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ない

チーム名　；

チーム代表者名　；

代表者連絡先　；

≪選手・スタッフ≫　　※上記の①～⑧項目の該当がない方はチェックを入れて下さい。

番号	氏名	体温	①～⑧項目	番号	氏名	体温	①～⑧項目
1			□	11			□
2			□	12			□
3			□	13			□
4			□	14			□
5			□	15			□
6			□	16			□
7			□	17			□
8			□	18			□
9			□	19			□
10			□	20			□

本健康チェックシートは、大会において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、本連盟は、厳正なる管理のもとに保管し、大会運営関係者の健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。

但し、会場にて感染者患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要な範囲で保健所等に提供することがあります。尚、本観察チェックシートは1ヵ月後には適切な方法で破棄致します。

南ブロック　オールスター選考会用に改訂