（様式２）

**全国高等学校ハンドボール選抜大会四国地区予選会**

**大会当日チェックシート**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 年齢（　　　　歳） |
| 住　　所    学　校　名 | 〒  【連絡先】TEL  【学校名】 |
| 大会当日の体温 | ℃ |
| 該当する方に○を付けてください。  ①　平熱を超える発熱があった（おおむね３７度５分以上）　　　有　　　無  ②　咳（せき）、のどの痛みなどのかぜの症状　　　　　　　　　 有　　　無  ③　だるさ（倦怠（けんたい）感、息苦しさ（呼吸困難） 有　　　無  ④　嗅覚や味覚の異常 有　　　無  ⑤　体が重く感じる、疲れやすい等 有　　　無  ⑥　新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触 有　　　無  ⑦　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる 有　　　無  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 有　　　無 | |

※　大会当日に記入して、引率責任者が取りまとめて、大会会場で本部に提出してください。

※　このチェックシートは、万が一感染が発生した場合に備え、個人情報の取扱いに十分注意し、本部で大会終了後１か月間保管します。