

一般お客様(観客)用

確認書(個人用)

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の症状チェック(個人用)

このフォームは、試合会場に来場された方が新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するための書面です。会場到着時に受付へ提出してください。

- ① 現在、新型コロナウイルス感染症(COVID19)と診断されていますか？
 はい いいえ
- ② 新型コロナウイルス感染症(COVID19)の濃厚接触者と認定されていますか？
 はい いいえ
- ③ この14日間に以下のような症状がありましたか？
- | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ・高熱(37.5℃以上) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・咳が連続的に出るようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・不明な息苦しさを感じるようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・嗅覚、味覚の異常を感じるようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
- ④ ③で「はい」と答えられた方にお伺いします。
- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ・医療機関を受診していない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・PCR検査の結果、陽性であった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

上記質問①②④のいずれかに「はい」と回答した対象者は、入場する事はできません。自宅に待機し、各都道府県の帰国者・接触者相談センター、保健所等の相談窓口へ連絡し、指示に従う必要があります。

日付 : 2022年 10月 2日

氏名:(自筆) _____

連絡先: TEL: _____

E-mail: _____

* この確認書は富士フイルムビジネスイノベーションラグビー部にて管理を行い、開催2週間後に責任をもって廃棄いたします。