

参加者の皆様へ

※ 1 1 月 2 3 日 当 日、 各 自 受 付 に ご 提 出 く だ さ い

## 連絡先および健康状態申告のお願い

愛知県ゴルフ連盟

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため以下の質問へご記入下さい。尚、記載された個人情報  
は、会場倶楽部での来場記録と新型コロナウイルス感染症拡大防止のための情報の管理を行うことを  
目的としたものであり、それ以外の目的では使用いたしません。

問 診 票		参加者氏名：		
緊急時の 連絡先	【連絡先名】			
	TEL：	FAX：		
大会 5 日以内における以下の事項の有無		(当日の体温 °C)		
①平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
②せき、のどの痛みなどの風邪の症状	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
③倦怠感や呼吸困難	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
④嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
④新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
⑤同居家族や身近な知人に感染が疑われる者	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
⑥政府から入国制限、入国後の経過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	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし

※上記①～⑥の「あり」に✓がついた場合や、当日の体温が「37.5°C」以上の場合はご辞退ください。

辞退される場合、当日は会場倶楽部へ、前日までは事務局へご連絡ください。

## 会場倶楽部への署名簿（受付表）

クラブ「利用約款」を承知し署名いたします。

年 月 日

名 前	男・女	生年月日 [ T S H ]	歳
住 所	〒		
本人の 連絡先	<input type="checkbox"/> 暴力団等の反社会的勢力でないことを表明します。 <input type="checkbox"/> 会場クラブからのDMなどは不要。		