般	Ш	聖マ	11	ア分	飛信	a (
723	ш	工 人	')	1 41	1が肝 15	ł I (

)参加同意書兼健康観察票

	保護者氏名(緊急連絡先()					
_	上記の健康調査を確認の上、()に参加すること	とを	·同意	しる	ます	
()	
8.	その他、体調の異常があれば記入してください						
7.	過去 14 日以内に、政府から入国制限、入国後の観察地域への渡航または当該在住者との濃厚接触はありる			いる[有		無)
6.	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいます。	か?	(有	•	無)
5.	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に	はありますか?	(有	•	無)
4.	味覚・嗅覚の異常等はありますか?		(有	•	無)
3.	だるさ、倦怠感、息苦しさ(呼吸困難)はありますか?		(有	•	無)
2.	咳、のどの痛みなどの風邪の症状が続いたことがあり)ますか?	(有	•	無)
1.	平熱を超える発熱が、数日続いたことがありますから	?	(有	•	無)
<u></u>	参加前2週間における以下の項目に答えて下さい(ど	ちらかに○を付け	てー	下さい	١)		
	発熱(目安として 37.5 度以上)等の風邪の症状がある 目に問題がある場合は、参加を自粛してください	る場合や参加前 2 近	围間	の健	康锺	規察(か
	()月()日()曜日 当日	日の体温(.)	度		

※この調査に関する個人情報は、新型コロナウイルス感染対策のものであり、他の目的では 一切使用いたしません。保管期間は1か月とする。