

徳島県剣道連盟 審査会入場時チェック表

剣道審査会に伴い、入場時における下記事項に関し記入をお願いします。受審者と保護者等双方の記入をお願いします。

令和5年1月29日（日） 審査会場（ 中央・南部・西部 ）

保護者等住所		連絡先	
保護者氏名		年 齢	歳
受審者氏名		年 齢	歳
質 問 事 項			
受審者 記入欄		保護者等 記入欄	
1 入場受付時の体温			
度		度	
2 施設利用2週間における以下の事項の有無			
① 平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
② 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
③ だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
④ 臭覚や味覚の異常			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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の有無			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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場合			
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

※左半分が受審者、右半分が保護者等欄です。該当する□にレ点を記入して下さい。

※チェック表は主催者が1か月保存し、経過した場合責任を持って処分します。

徳島県剣道連盟 審査会入場時チェック表

剣道審査会に伴い、入場時における下記事項に関し記入をお願いします。

(徳島県剣道連盟 審査員・スタッフ用)

令和5年 月 日 (日) 審査会場 (中央・南部・西部)

住 所		連絡先	
氏 名		年 齢	歳

質 問 事 項	
1 入場受付時の体温	
	度
2 施設利用2週間における以下の事項の有無	
① 平熱を超える発熱 (おおむね37度5分以上)	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
② 咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
③ だるさ (倦怠 (けんたい) 感)、息苦しさ (呼吸困難)	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
④ 臭覚や味覚の異常	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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の有無	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑧ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とさ	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

※チェック表は主催者が1か月保存し、経過した場合責任を持って処分します。