

皆様に安心してご参加いただく為に、下記の全ての項目を確認・記入し、イベント当日にご提出ください。感染予防対策へのご協力をお願いいたします。

旭川市北彩都子ども活動センター

感染防止チェックリスト

※回答欄に数値を記入または該当する回答に丸を付けてください。

| 項目 | 回答 |
|--------------------------------|--------|
| ① 本日の検温結果 | ℃ |
| 平熱を超える発熱がある | はい・いいえ |
| ② 咳(せき)、のどの痛みなどの風邪症状がある | はい・いいえ |
| ③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)などの症状がある | はい・いいえ |
| ④ 嗅覚や味覚の異常がある | はい・いいえ |
| ⑤ 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がある | はい・いいえ |
| ⑥ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | はい・いいえ |

※“はい”に該当する項目のある方、当日の体調に不安がある方は参加をお控えください。

提出日： 2022年 10月 10日

氏名：

※本チェックリストにご記入いただいた個人情報は、裁判所・警察機関等公共機関からの提出要請があった場合以外、第三者に譲渡または利用を許可することは一切ありません。また当センターにおいても、当センター事業の広報等以外の目的には使用いたしません。