**チェックシート（記入して、スタッフにお渡しください）**

* + 発熱がある 　　 いいえ ・ はい
  + 現在解熱剤を服用している いいえ ・ はい
  + 息苦しさがある いいえ ・ はい
  + 咳・のどの痛みがある いいえ ・ はい
  + 味覚や臭覚の異常がある いいえ ・ はい
  + 体がだるい いいえ ・ はい
  + この２週間以内に県外への移動履歴が ない ・ ある

県名： 　　 　　　　　　　　月　　　日　　　～　　　　　　月　　　　　日

* + この２週間以内に海外への渡航履歴が ない ・ ある

国名： 　　　　　　　　月　　　日　　　～　　　　　　月　　　　　日

* + この２週間以内に新型コロナウイルス陽性者と接触 していない ・ した
  + この２週間以内に濃厚接触者として自宅待機している方と接触 していない ・ した

活動日：　　　　　　　　月　　　　　　日

おなまえ

連絡先（電話番号）

※いただいた情報の目的外使用は、いたしません。

※活動日から１４日経ちましたら、裁断廃棄いたします。