|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 7/2 | 7/3 | 7/4 | 7/5 | 7/6 | 7/7 | 7/8 | 7/9 | 7/10 | 7/11 | 7/12 | 7/13 | 7/14 | 7/15 | 7/16(7/17)(7/18) |
| １ | 起床時の体温毎日検温頂き記入ください |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | 咳、喉の痛みなど風邪の症状がある |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ | だるさ、体が重い、疲れやすいなどの倦怠感（けんたいかん）や呼吸困難がある |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ | 味覚や嗅覚の異常を感じる |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ | 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がある |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ | 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方が発生した |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ | 政府から入国制限や入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触した |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

大会名　　　第20回 神奈川オープンスカッシュ選手権大会

**新型コロナウイルス感染症についての健康チェックシート**（体温以外は、該当するものに〇を記入）

2回以上のワクチン接種がお済みの方は、記録（接種記録書＊、接種証明書＊、接種証明アプリ）の提示をお願いいたします。 ＊コピー、スクショでも可

※未接種の方は、来場初日の入館前にSQ-CUBE横浜の駐車場内で抗原検査を各自で行い、陰性の場合のみ入館可能とします。（検査キットはご自身でご用意ください）

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　区分：　選手　／　帯同者　（どちらかに〇）　　　　　　緊急連絡先（電話番号）：