

Open Water Swimming(OWS)クリニック in 阿久根
参加のための健康チェックシート(同意確認書)

提出日:令和 4 年 8 月 7 日

氏 名		所属名	
連 絡 先	当日連絡可能な電話番号(携帯電話など) — —	年 齢	歳
講習会当日 起床時体温		検温時刻	時 分

※講習会当日において、以下の 8 項目について○×を記入してください。いずれかの項目に一つでも『×』が付いた場合、講習会への参加及び会場への入場はできません。

質 問 項 目		○ ・ ×
①	平熱を超える体温ではない(概ね37.5℃以上または平熱+1.0℃)	
②	咳, 喉の痛みなど, 風邪の症状がない	
③	だるさ(倦怠感), 息苦しさがない	
④	においや味の異常がない	
⑤	体が重く感じたり, 疲れやすかったりしない。	
⑥	新型コロナウイルス感染症の感染が確認された方との濃厚接触がない	
⑦	同居家族に新型コロナウイルス感染症の感染が確認された方や濃厚接触者がいない	
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, 地域などへの渡航又は当該在住者との濃厚接触がない	

<確認事項>

本健康チェックシートは一定期間保管し、その後適切な手段で廃棄します。また、記載の個人情報については、本連盟が厳正に管理し、健康状態の把握、研修会参加可否の判断及び必要な連絡のためにのみ使用します。個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ることなく第三者に提供することはありません。但し、講習会中に感染症感染者またはその疑いがある方が発生した場合は、必要な範囲において保健所等のに提供することがあります。

※ 上記<確認事項>に同意される場合は、右の□に「✓点」をご記入ください。
(同意できない場合は参加、入場できません。)