# 北海道立北見体育センター入館届

〇氏　名【　　】
〇団体名【　　】＊団体利用者のみ記入ください
〇年　齢【　　才】
〇電話番号【　　】
〇住　所【　　】
〇利用当日の体温（　　．　度）

## 利用前 2 週間に以下の事項があったかどうかをご記入願います

| | |
|---|---|
| 平熱を超える発熱 | ない　・　ある |
| 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状 | ない　・　ある |
| だるさ、息苦しさ（呼吸困難） | ない　・　ある |
| 嗅覚（におい）や味覚（あじ）の異常 | ない　・　ある |
| 体が重く感じる、疲れやすいなど | ない　・　ある |
| 新型コロナウイルス感染症陽性の人との濃厚接触 | ない　・　ある |
| 同居家族や身近な知人に感染が疑われている方がいる | いる　・　いない |
| 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や地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触について | ない　・　ある |

＊記載いただきました情報は、必要に応じて保健所等の公的機関へ提供させていただくだく場合がございます。情報は厳正に管理し、目的外には使用いたしません。