令和２年石垣市家庭教育支援総合推進事業

**参加者カード(家族等)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | | 年　齢 | 参加当日  の体温 | 風邪症状 | | １４日以内における下記①の事項の有無 | | 感染が拡大している地域や国への１４日以内の訪問歴 |
| １  (代表) |  | | 才 | ℃ | あり　・　なし | | あり　・　なし | | あり　・　なし |
| ２ |  | | 才 | ℃ | あり　・　なし | | あり　・　なし | | あり　・　なし |
| ３ |  | | 才 | ℃ | あり　・　なし | | あり　・　なし | | あり　・　なし |
| ４ |  | | 才 | ℃ | あり　・　なし | | あり　・　なし | | あり　・　なし |
| ５ |  | | 才 | ℃ | あり　・　なし | | あり　・　なし | | あり　・　なし |
| 住　所 | |  | | | | 連絡先 | |  | |

①　・発熱　　・咳、のどの痛みなど　　・味覚や嗅覚の異常　　・新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触

　　・同居家族や身近な人に感染疑いがある方がいる

**※１　収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはしません。**

**２　全ての欄を記入し、当日受付へ提出してください。提出できない場合は参加を控えていただきます。**

**３　参加者に感染者が出た場合における保健所の聞き取り調査への協力をお願いします。**