

〈4月29日 純烈スプリングドリームナイト Vol.3〉

新型コロナウイルス感染症対策のための アンケート用紙

【確認事項】

*当アンケートは、ホテル日航つくばのイベントに来館されるお客様、出演者、ホテルスタッフ全員（お1人様1枚）ご記入をお願いします。

*イベント当日にご記入いただき、受付にご提出ください。

*当アンケートにご記入いただいた内容によっては、ご入場をお断りさせていただく場合がございます。

*当アンケート用紙は、今後 1 カ月を目安に保管し、保健所などからの要請があった場合には提出させていただきます場合があります。

記入日時： 4月29日 _____ 時

体 温： _____ 度 ワクチン接種(4/29時点)： 未 ・ 1回済 ・ 2回済

チェック項目	あり	なし
2週間以内の海外からの渡航歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2週間以内の発熱症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喉の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
味覚・嗅覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他(_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記の確認事項に同意します。上記チェック項目の記入内容に間違いはございません。

ご署名： _____

ご住所： _____

電話番号または携帯番号： _____

※このアンケート用紙は、新型コロナウイルス感染症対策のために使用し、それ以外の目的で使用することはございません。